

การพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาอาชญาวิทยาและงานยุติธรรม ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Development of Preventive Measures of Recidivism in Forensic Psychiatric Patients



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts in Criminology and Criminal Justice

Department of Sociology and Anthropology

FACULTY OF POLITICAL SCIENCE

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช
โดย	นายกฤตภาส ไทยวงษ์
สาขาวิชา	อาชีววิทยาและงานยุติธรรม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.อุนิษา เลิศโตมรสกุล

---

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะรัฐศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ ศิริประกอบ)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมนทิพย์ จิตสว่าง)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.อุนิษา เลิศโตมรสกุล)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

กฤตภาส ไทยวงษ์ : การพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช. (Development of Preventive Measures of Recidivism in Forensic Psychiatric Patients) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.อุนิษา เลิศโตมรสกุล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหาของการกระทำผิดซ้ำที่เกิดขึ้นโดยผู้ป่วยนิติจิตเวช อันได้แก่ สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมกรรมการกระทำผิดซ้ำ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคของการป้องกันไม่ให้อุบัติซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวชกลับมากระทำผิดซ้ำ โดยผู้วิจัยได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพจากทางเอกสารและมีการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ บุคลากรวิชาชีพทางสายสุขภาพจิตสังกัดกรมสุขภาพจิต และบุคลากรวิชาชีพทางสายสุขภาพจิตสังกัดกรมราชทัณฑ์ รวมทั้งสิ้น 7 คน

ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาของการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชมีสาเหตุหลักมาจาก 1) ความเครียด ความกดดัน และความซับซ้อนใจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย 2) การขาดยา เพราะขาดคนช่วยดูแล ตลอดจนคนรอบข้างอย่างครอบครัวหรือชุมชนขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3) การตีตราของผู้คนในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดที่พึ่งและถูกกีดกันออกจากสังคมขณะที่อุปสรรคในการป้องกันอยู่ด้วยกันดังนี้ 1) ปัญหาด้านยาเสพติด เนื่องจากปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่มีราคาถูกลงและหาง่าย 2) ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตของประชาชน และ 3) ปัญหาเชิงระบบและโครงสร้าง เพราะการขาดกำลังคนและรอยต่อของระบบการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลกับเรือนจำ สำหรับข้อเสนอแนะ ได้แก่ 1) การพัฒนาสถานพยาบาลที่มีความเฉพาะด้าน เพื่อให้เอื้ออำนวยต่อการบำบัดรักษาและครอบคลุมไปถึงการลงโทษตามแนวทางทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟู ตลอดจนเป็นการลดรอยต่อของระบบการส่งต่อผู้ป่วยนิติจิตเวชสถานพยาบาลกับทางเรือนจำ 2) การพัฒนากำลังคน เพื่อช่วยลดภาระงานบางส่วน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยหรือผู้เคยต้องขังที่เคยกระทำผิดต้องกลับสู่ชุมชน ควรมีการส่งเสริมและพัฒนาองค์ความรู้เฉพาะด้านนี้ให้กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง

สาขาวิชา อาชีววิทยาและงานยุติธรรม      ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2565

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6380004024 : MAJOR CRIMINOLOGY AND CRIMINAL JUSTICE

KEYWORD: preventive measures of recidivism, forensic psychiatric patients

Kritapat Thaiwongs : Development of Preventive Measures of Recidivism in Forensic Psychiatric Patients. Advisor: Assoc. Prof. UNISA LERDTOMORNSAKUL, Ph.D.

The purpose of this research was to study the problematic state of recidivism by forensic psychiatric patients, including causes and factors leading to recidivism behavior. as well as problems and obstacles in preventing forensic psychiatric patients from repeating the offence. The researcher conducted a qualitative research from documents and in-depth interviews were conducted among specific samples, divided into 2 groups: mental health professionals under the Department of Mental Health; and mental health professionals under the Department of Corrections, totaling 7 people.

The results showed that Problems of recidivism in psychiatric patients were mainly caused by 1) stress, pressure and frustration that occurred in the patient's daily life; 2) drug withdrawal due to lack of caregivers. as well as those around them, such as family or community, lack of knowledge in caring for psychiatric patients; 3) stigma of people in the community. As a result, the patient is deprived of dependence and excluded from society while the barriers to prevent are as follows: 1) drug problems due to the problem of drug epidemic that is cheap and easy to find, 2) the problem of cognition and understanding of people's mental health, and 3) the systemic and structural problem. because of the lack of manpower and the connection between the hospital and the prison For suggestions, namely: 1) Development of specialized medical facilities In order to facilitate the treatment and to cover the punishment according to the theory of punishment for rehabilitation. As well as reducing the connection between the referral system for forensic psychiatric patients, hospitals and prisons. 2) Manpower development to reduce some of the workload Especially when patients or former prisoners who have committed crimes have to return to the community. This specific knowledge should be promoted and developed for relevant persons.

Field of Study: Criminology and Criminal Justice Student's Signature .....

Academic Year: 2022 Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้มีพระคุณทั้งหลายที่ได้ให้การสนับสนุนข้าพเจ้ามาตลอดการศึกษา ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อุนิษา เลิศโตมรสกุล ซึ่งกรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้ซึ่งกรุณาเปิดกว้างทางวิชาการ พร้อมทั้งคอยรับฟัง ให้คำปรึกษา และช่วยชี้แนะในการทำวิจัยจนกระทั่งออกมาเป็นวิทยานิพนธ์ที่สำเร็จลุล่วงได้ ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด และ รองศาสตราจารย์ ดร.สุมนทิพย์ จิตสว่าง ที่กรุณาคอยชี้แนะและให้แนวทางในการวิจัยที่ถูกต้องตามหลักการ ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่กรุณาสละเวลาเพื่อให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล และขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในการดำเนินการวิจัยทุกท่านที่ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สามารถสำเร็จได้และผ่านไปได้ด้วยดี รวมไปถึงเจ้าหน้าที่ประจำหลักสูตรและภาควิชาฯ ที่คอยให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก กระทั่งสามารถจัดทำวิทยานิพนธ์สำเร็จไปได้ด้วยดี

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณคุณพ่อปรีชา และคุณแม่อุไรรัตน์ ไทยวงษ์ ที่คอยเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน และสนับสนุนในการศึกษาของข้าพเจ้าเสมอมา ขอขอบคุณวทันยา อุนตระกูล ที่มอบกำลังใจ ความรัก และความอบอุ่นแก่ข้าพเจ้าโดยมิเสื่อมคลาย ขอขอบคุณหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่คอยช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในเรื่องของงานบางส่วนของข้าพเจ้าขณะที่ลงเก็บข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่อยู่ในชีวิตของข้าพเจ้า จนจัดทำวิทยานิพนธ์สำเร็จไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาองค์ความรู้ทางอาชญาวิทยาที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะช่วยให้ตระหนักถึงปัจจัยหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช ตลอดจนร่วมกันหาแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือหรือมาตรการในการป้องกัน

กฤตภาส ไทยวงษ์

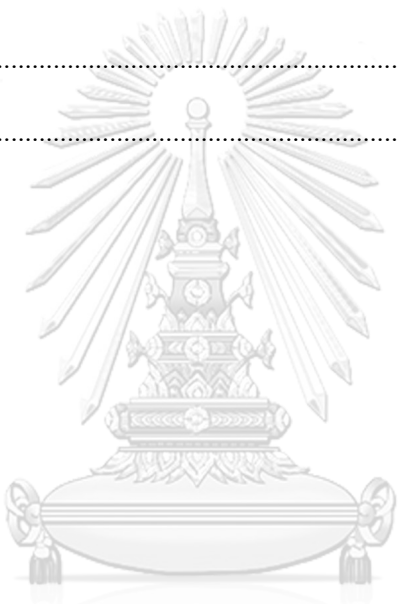
## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
คำถามการวิจัย .....	5
ขอบเขตการวิจัย .....	5
คำจำกัดความในการวิจัย .....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและการทบทวนวรรณกรรม.....	7
2.1 แนวคิดและทฤษฎีอาชญาวิทยา.....	8
2.1.1 สำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม (Positive School).....	8
2.1.2 ทฤษฎีอาชญากรรมกับพัฒนาการ (Crime and the Life-Course).....	10
2.1.3 การลงโทษ.....	12
2.1.4 กฎหมายอาญาในผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี .....	14
2.2 แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา.....	15
2.2.1 กลุ่มโรคทางจิตเวชศาสตร์.....	16
2.2.2 ทฤษฎีโครงสร้างทางจิต .....	19
2.2.3 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์.....	20

2.2.4 สาเหตุการเกิดพฤติกรรม .....	21
2.2.5 ความก้าวร้าว (aggression).....	22
2.2.6 ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมโคลเบอร์ก.....	27
2.5 การกระทำผิดซ้ำและเครื่องมือในการแก้ไขพฤติกรรมและการป้องกันการกระทำผิดซ้ำ.....	28
2.5.1 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2562 (พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2562).....	30
2.5.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกรมสุขภาพจิต .....	32
2.5.3 แนวทางการดูแลและบำบัดแก้ไขพฤติกรรมผู้ต้องขังโดยกรมราชทัณฑ์ .....	37
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	41
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย .....	42
การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย .....	42
วิธีการวิจัย .....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	43
ผู้ให้ข้อมูล (Key Informants).....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	45
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล .....	45
จริยธรรมในการวิจัย .....	46
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	47
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล .....	47
ตอนที่ 2 คุณลักษณะเฉพาะผู้ป่วยนิติจิตเวช .....	48
ตอนที่ 3 ปัจจัยและสาเหตุการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช .....	49
ตอนที่ 4 เครื่องมือและแนวทางในการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช.....	53



ตอนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช .....	56
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	58
สรุปผลการวิจัย.....	58
อภิปรายผลการศึกษา.....	64
ข้อเสนอแนะ.....	66
บรรณานุกรม.....	68
ภาคผนวก.....	71
ประวัติผู้เขียน.....	77



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การกระทำหรือพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนกับคนอื่น ๆ ในสังคมเป็นสิ่งที่ถูกมองว่าเป็นปัญหาของสังคม เนื่องจากการกระทำดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความปกติสุขหรือความสงบเรียบร้อยของคนในสังคมโดยรวม ซึ่งต่อมากการกระทำหรือพฤติกรรมเหล่านี้ถูกนิยามให้เป็นสิ่งที่เรียกว่า “อาชญากรรม” (เสกสัน เครือคำ, 2558) ซึ่งอาชญากรรมนั้นเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่มีอยู่ในสังคมมานาน นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน อีกทั้งสามารถเกิดขึ้นได้ทุกที่ทุกเวลาจนไม่อาจคาดการณ์ได้ ตามแต่โอกาสจะเอื้ออำนวยหรือกระตุ้นให้ผู้กระทำความผิดตัดสินใจที่จะลงมือกระทำเหตุอาชญากรรม ทุกคนสามารถพบเห็นปรากฏการณ์นี้ได้จากหนังสือพิมพ์ที่มีการพาดหัวข่าวอย่างใหญ่โต หรือสื่อจากทางโทรทัศน์ทั้งในรูปแบบภาพยนตร์และละครทีวีที่มีแกนหลักเนื้อหาเป็นเรื่องของอาชญากรรม อาจเนื่องจากสิ่งนี้เป็นปรากฏการณ์ที่ใกล้ตัวและทุกคนล้วนมีโอกาสที่จะประสบพบเจอกับเหตุการณ์เหล่านี้ได้โดยไม่ว่าจะอยู่ในสถานะใดก็ตาม ซึ่งสามารถประสพได้ทั้งในฐานะเหยื่อ ญาติผู้เสียหายหรือแม้กระทั่งพยานผู้พบเห็นเหตุการณ์ และเมื่อปัญหาด้านอาชญากรรมภายในสังคมไทยตอนนี้มีการเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะคดีประเภทยุทธการ เป็นเหตุให้มีการตื่นตัวอย่างมากภายในสังคมไทย นักการเมืองและผู้บริหารมากมาย ตลอดจนถึงนักวิชาการได้พยายามทำความเข้าใจต่อปัญหาด้านอาชญากรรมเพื่อนำมาปรับและพัฒนายุทธศาสตร์ในการรับมือต่อปัญหานี้

ไม่มีหลักฐานทางประวัติศาสตร์ยืนยันว่า การศึกษาสาเหตุอาชญากรรมกำเนิดขึ้นมาตั้งแต่เมื่อใดอย่างแน่นอน และบุคคลใดเป็นผู้เริ่มศึกษาอาชญากรรม ถึงแม้ว่าวงการอาชญาวิทยาจะยอมรับกันว่าสำนักอาชญาวิทยาดั้งเดิมเป็นจุดเริ่มในการศึกษาอาชญากรรม แต่มีหลักฐานยืนยันว่าได้มีผู้ทำการศึกษาสาเหตุของพฤติกรรมอาชญากรรมมาก่อนที่ ซีซาร์ แบ็คคาเรีย (Cesare Beccaria, 1738-1794) จะมีผลงานเรื่อง “เรียงความเกี่ยวกับอาชญากรรมและการลงโทษ” (Essay on Crimes and Punishments) (พรชัย ชันดี, 2558) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพยายามที่สังคมมนุษย์ต้องการจะหาทางยับยั้งการเกิดอาชญากรรมหรืออาชญากร จึงเกิดหลายทฤษฎีหลายสำนักเพื่อมาอธิบายการกระทำผิดต่าง ๆ เนื่องจากธรรมชาติของอาชญากรรมเกิดจากหลายสาเหตุปัจจัย ดังนั้น อาชญาวิทยาจึงมีลักษณะเป็น “สหวิทยาการ” คือเป็นที่รวมแห่งการนำศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันมาใช้ศึกษาวิเคราะห์และอธิบายอาชญากรรมและพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากสังคม (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2551) จากภาพรวมของหลายสำนักหรือหลายทฤษฎีแล้วนั้นอาชญากรรมอาจเกิดได้จากสาเหตุหลายประการด้วยกัน อาทิ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคม ความ

กอดันทางด้านจิตใจ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการก่ออาชญากรรม ภาวะว่างงาน ยาเสพติด หรือการเจ็บป่วยทางจิตใจและสมอง เป็นต้น และบางครั้งอาชญากรรมอาจเกิดจากความเกี่ยวเนื่องกันจากหลาย ๆ สาเหตุที่ว่ามานี้

สุขภาพจิตมีความสำคัญอย่างมากต่อการดำรงชีวิตอยู่ของระดับบุคคลและสังคม การดำเนินชีวิตในแต่ละวันจะเป็นอย่างไรส่วนหนึ่งมาจากสุขภาพจิตของตัวเอง ไม่ว่าจะด้านการปรับตัว มุมมองที่มีต่อโลกหรือต่อสถานการณ์ที่กำลังพบเจอ การปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง และอื่น ๆ อีกมากมาย ล้วนต้องใช้ศักยภาพทางด้านสุขภาพจิต โดยผู้มีปัญหาสุขภาพมักมีลักษณะพฤติกรรมกรรมกรแสดงออกที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและคนรอบข้างเมื่อเผชิญปัญหาในชีวิตที่ไม่สามารถจัดการได้ โดยจะเกิดอาการทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกาย บางคนอาจมีอาการแสดงออกมาเล็กน้อยหรือไปจนถึงมากที่สุดซึ่งเป็นลักษณะของกลุ่มอาการ โรคทางจิตเวช โดยสามารถแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ (พนม เกตุมาน, 2550)

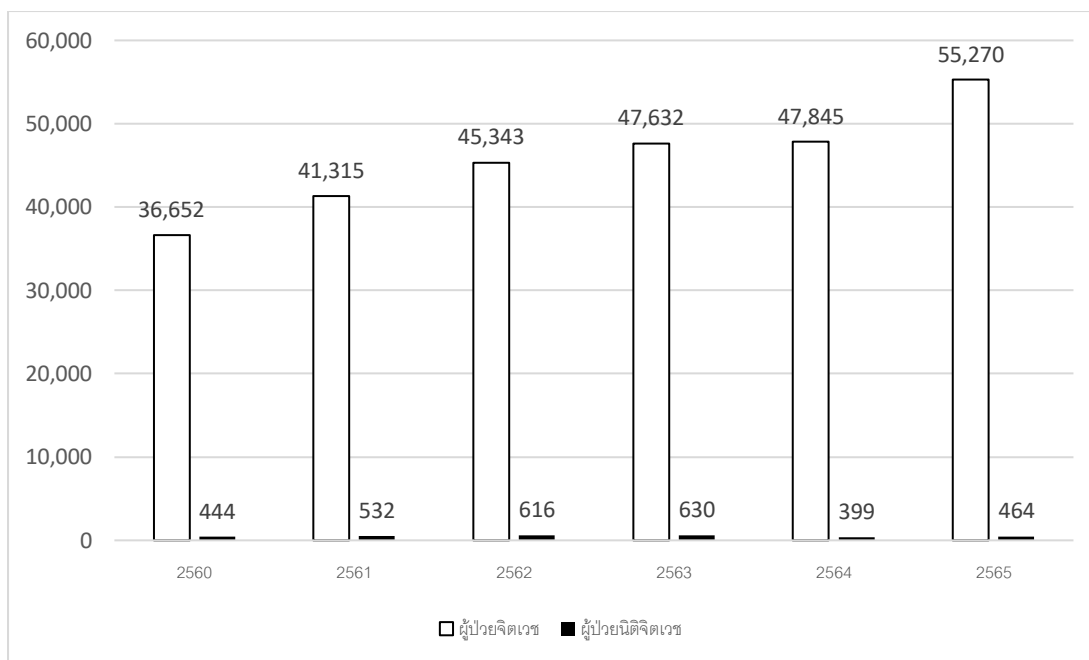
1. อาการทางร่างกาย เมื่อประสบกับปัญหา ประสาทอัตโนมัติภายในร่างกายจะถูกเร้าให้ทำงานเพิ่มขึ้น เช่น หัวใจทำงานมากขึ้น หลอดเลือดถูกกระตุ้น
2. อาการทางอารมณ์ เมื่อจิตใจไม่สมดุลจะเกิดความรู้สึกต่าง ๆ เช่น กลัว หงุดหงิด เศร้า
3. อาการทางจิตใจ เกิดความคิดขึ้นภายในซึ่งส่งผลมายังอารมณ์ เช่น คิดเหตุการณ์ล่วงหน้าหรือคิดไปเอง คิดระแวง ควบคุมความคิดไม่ได้
4. พฤติกรรม อาจแสดงออกเป็นการหลบหลีก หวาดกลัวหรือกระทั่งความก้าวร้าวออกมาได้

ในอดีตจนถึงปัจจุบันจะเห็นได้ว่าการปรากฏขึ้นของผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตอย่างมากมายตลอดหลายยุคสมัย โดยเฉพาะเรื่องปัญหาด้านพฤติกรรมที่แสดงความรุนแรงออกมาทั้งต่อตนเองและผู้อื่น สำหรับการแสดงความรุนแรงต่อตนเองคือการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย ขณะที่การทำร้ายผู้อื่นได้แก่การทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บไปจนถึงการเสียชีวิต โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถขึ้นได้ทั้งกับคนในครอบครัวและนอกครอบครัว ดังข่าวต่อไปนี้

กรณีที่ 1 "น.ส.จิตรลดา (สงวนนามสกุล)" ในปี 2548 เข้าวันศุกร์ ที่โรงเรียนเซนต์โยเซฟคอนเวนต์ นักเรียนต่างทยอยเดินทางเข้ามาในโรงเรียน ช่วงนั้นค่อนข้างพลุกพล่าน เพราะมีทั้งผู้ปกครองที่มาส่งบุตรหลาน ครูอาจารย์ที่เดินทางมาโรงเรียน ไม่ทันคาดคิด น.ส.จิตรลดา ขณะนั้นอายุ 36 ปี เดินเข้ามาภายในโรงเรียน และขึ้นที่ชั้น 2 ของอาคารก่อนจะกวาดสายตาและเพ่งเล็งไปที่เด็กนักเรียนหญิง แล้วพุ่งเข้าไปใช้มีดจ้วงแทงไม่ยั้ง ทำให้มีนักเรียนถูกแทงได้รับบาดเจ็บถึง 4 คน บาดเจ็บสาหัส 2 คน เป็นนักเรียนชั้น ป.6 วัย 12 ปี 1 คน อีก 3 คน คือนักเรียนชั้น ม.2 วัย 14 ปี หลังก่อเหตุแล้ว จิตรลดา เดินออกไปเรียกวินมอเตอร์ไซค์ให้ไปส่งที่สะพานเหลือง ถนนพระราม 4 และได้ทิ้งมีด 1 เล่มในถังขยะข้างทาง และนั่นกลายเป็นข่าวดังสลดสังคมทันที หลังการจับกุม น.ส.จิตรลดา

ได้รับการพิสูจน์ว่ามีอาการป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมาตั้งแต่อายุ 20 ปี ศาลจึงเห็นว่าหลังจากจำเลยรับโทษจำคุกครบ 4 ปีแล้ว ให้ส่งตัวไปบำบัดอาการป่วยที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ให้หายเป็นปกติ และเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้วทางสถาบันจึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ (ข่าวอีจันท์, 2563) แต่แล้ว 15 ปีต่อมา ผู้ป่วยก็มาก่อเหตุสลดขึ้นอีกครั้งในพื้นที่ละแวกบ้านของตน ในวันที่ 29 มีนาคม 2563 สก.นครชัยศรี ได้รับแจ้งเหตุว่ามีเด็กผู้หญิงถูกแทงที่ท้อง ที่เกิดเหตุเป็นเพิงขายของ ร.ต.อ.สมคิด โพธิ์ขาว รองสารวัตรสอบสวน สก.นครชัยศรี กล่าวว่าการสอบสวน จนทราบว่าผู้ก่อเหตุชื่อ น.ส.จิตรลดา (สงวนนามสกุล) อายุ 51 ปี ชาว อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม ลงมือแทงเด็กหญิงวัย 5 ขวบ และก็หลบหนีไป จึงได้ติดต่อญาติของ น.ส.จิตรลดา จนทราบว่า น.ส.จิตรลดาเป็นผู้ป่วยจิตเวช คาดว่าขณะนั้นน่าจะเกิดอาการคุ้มคลั่งขึ้นมา จึงได้ลงมือก่อเหตุใช้มีดแทงเด็กจนอาการสาหัส ล่าสุดทางเจ้าหน้าที่ตำรวจติดตามจับกุมตัวได้แล้ว (เวิร์คพอยท์ ทูเดย์, 2563)

กรณีที่ 2 “หนุ่มคลั่งมีดฟันเด็กดับ 5 ราย สาวท้องแก่เจ็บ รวบทันควัน” เมื่อเวลา 13.00 น. วันที่ 27 กันยายน พ.ต.ท.สมบัติ กาละสุข พงส.สก.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่ รับแจ้งมีคนป่วยจิตเวชใช้มีดพรวดไล่ฟันเด็กเสียชีวิต บริเวณบ้านไม่มีเลขที่ บ.ต้นโชค ม.5 ต.หนองบัว จึงพร้อมด้วยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รุดไปตรวจสอบที่เกิดเหตุ บริเวณด้านในรั้ว พบศพเด็กชายอายุประมาณ 6 ขวบ ถูกฟันคอเกือบขาดจมกองเลือด เข้าไปในบ้านกลางห้องโถงข้างโซฟา พบศพเด็กชาย 2 คน นอนหงายสภาพถูกฟันไปทั่วร่าง ในห้องนอนพบศพเด็กชายอีก 1 ศพ นอนหงายมีรอยถูกฟันบริเวณลำตัวจมกองเลือด และยังมีผู้ได้รับบาดเจ็บเป็นเด็กชายอีก 1 คน ถูกฟันตามร่างกาย เสียชีวิตในเวลาต่อมาที่ รพ.ไชยปราการ ส่วนผู้ได้รับบาดเจ็บ ทราบชื่อ นางยี่ก่อ แซ่เจิ้น อายุ 33 ปี ซึ่งเป็นหญิงท้องแก่ และเป็นป้าของเด็กที่เสียชีวิต ถูกฟันบริเวณใบหน้าบาดเจ็บสาหัส สำหรับเด็กที่เสียชีวิตเป็นชายอายุระหว่าง 5 - 8 ปี ส่วนผู้ก่อเหตุทราบชื่อ นายกอล์ฟ (นามสมมติ) อายุ 24 ปี ชาว อ.เชียงดาว จ.เชียงใหม่ เบื้องต้นทราบว่า เป็นคนไข้ป่วยทางจิต เพิ่งกลับจากการไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ เมื่อวันที่ 8 ส.ค. และจะกลับไปรับยารักษาตัวตามแพทย์นัดอีกครั้งในวันที่ 19 ต.ค. แต่มาคลุ้มคลั่ง ก่อเหตุสลดขึ้นก่อน ซึ่งเจ้าหน้าที่จะได้สอบสวน เพื่อดำเนินการตามกฎหมายต่อไป (สำนักข่าวไทยรัฐ, 2558)



(ที่มา สถาบันกัลยาธรรณครินทร์)

จากข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปกับผู้ป่วยนิติจิตเวชของหน่วยงานสถาบันกัลยาธรรณครินทร์ พบว่า สัดส่วนการเกิดขึ้นของผู้ป่วยนิติจิตเวชในแต่ละปีเมื่อเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชธรรมดาทั่วไปที่ไม่ได้ก่อคดี ถือว่ามีความน้อยมากกว่า แต่แม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะไม่เป็นอันตราย แต่บางคนที่เป็นโรคจิตเภทก็ก่อคดีฆาตกรรม อีกทั้งโรคจิตเภทมักเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการกระทำความรุนแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งการฆาตกรรม (Fazel et al., 2009) แต่ก็มีผู้ป่วยจิตเวชเพียงสามเปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงได้ (พันธัญภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) แต่จากหลายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การก่ออาชญากรรมของผู้ป่วยจิตเวชค่อนข้างที่จะสร้างความหวาดกลัวให้ประชาชนอย่างมากด้วยเนื่องจากการแสดงออกของพฤติกรรมที่ค่อนข้างจะรุนแรงกว่าในบุคคลที่ไม่ได้มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช ดังเช่นคดีทางภาคเหนือ ที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บหลายราย

จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว เพราะการผลิตงานวิจัยทางอาชญาวิทยามีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมกระทำความผิด และหากสามารถเข้าใจพฤติกรรมของผู้กระทำความผิด ก็จะมีโอกาสที่ดีกว่าในการที่จะทำนายว่าเมื่อไหร่พฤติกรรมเหล่านั้นจะเกิดขึ้น และสามารถกำหนดนโยบายเพื่อควบคุม กำจัด หรือป้องกันพฤติกรรมเหล่านั้นได้ (Reid, 1985) ในการศึกษาอาชญาวิทยานั้นมีหลายอย่างที่สามารถเรียนรู้และความเข้าใจได้ สิ่งเหล่านั้นประกอบไปด้วย สถิติอาชญากรรม สังคมวิทยา กฎหมายอาญา สาเหตุอาชญากรรม ระบบพฤติกรรมอาชญากรรม เหยื่อวิทยา และทัศนวิทยา (เสกสันต์ เครือคำ, 2558) ดังนั้นแล้วเพื่อความครอบคลุมและเกิดประโยชน์อย่างสูงสุด จึงต้องศึกษาถึงลักษณะและรูปแบบของผู้ป่วยนิติจิต

เวช อาทิ เพศ ช่วงวัย โรคจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยในรูปของข้อมูลทางสถิติ เพราะการศึกษาในเชิงสถิติจะทำให้ทราบถึงจำนวนประชากรในกลุ่มนี้ว่ามีลักษณะอย่างไรและแนวโน้มของผู้กระทำความผิด และศึกษาสาเหตุการเกิดการกระทำผิดซ้ำโดยอาศัยข้อมูลจากการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับนิติจิตเวช ตลอดจนกระบวนการในการรักษาและเฝ้าระวังผู้ป่วยผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกในเจ้าหน้าที่และผู้บริหารที่มีความเกี่ยวข้องกับงานด้านนิติจิตเวช เพื่อให้เข้าใจถึงเหตุที่นำไปสู่การกระทำความผิดซ้ำ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวัง ติดตามและรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น เพื่อหาแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกัน “ผู้ป่วยนิติจิตเวช” ไม่ให้กระทำความผิดซ้ำที่อาจก่อเหตุกระทำความผิดต่อผู้อื่นขึ้นในอนาคต

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยนิติจิตเวช
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อการป้องกันการกระทำผิดในผู้ป่วยนิติจิตเวช
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช

### คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยนิติจิตเวชมีคุณลักษณะอย่างไร
2. ปัญหาและอุปสรรคต่อการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวชเป็นอย่างไร
3. พัฒนาแนวทางการป้องกันการกระทำผิดของผู้ป่วยนิติจิตเวชได้อย่างไรบ้าง

### ขอบเขตการวิจัย

1. ศึกษาคุณลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยนิติจิตเวช อาทิ ข้อมูลทางด้าน เพศ อายุ การศึกษา และการวินิจฉัยโรค ทางจิตเวช
2. ศึกษาปัจจัยสาเหตุของการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช และปัจจัยการป้องกันการกระทำผิดซ้ำ เพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช โดยการสัมภาษณ์ผ่านเจ้าหน้าที่และผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับงานด้านนิติจิตเวช
3. ศึกษาปัจจัยการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช โดยการสัมภาษณ์ผ่านเจ้าหน้าที่และผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับงานด้านนิติจิตเวช โดยการสัมภาษณ์ผ่านเจ้าหน้าที่และผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับงานด้านนิติจิตเวช

### คำจำกัดความในการวิจัย

**ผู้ป่วยนิติจิตเวช** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการทางจิตเวชและก่อคดีจนทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย ไม่ว่าจะด้านชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ชื่อเสียง ทรัพย์สิน และต่อมาถูกดำเนินคดี ไม่ว่าจะในชั้นการสอบสวนหรือชั้นการพิจารณาของศาล หรือชั้นที่ศาลได้พิพากษาตัดสินคดีให้บังคับรักษาแล้วก็ตาม (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2565)

**การบริการนิติจิตเวช** หมายถึง การบริการสำหรับผู้รับบริการที่ถูกส่งมาตามกระบวนการยุติธรรมหรือมีความเกี่ยวข้องกับกฎหมายเพื่อการประเมินหรือบำบัดรักษาในด้านต่าง ๆ เช่น ตรวจสภาพจิต ประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี ประเมินความสามารถในการทำนิติกรรม จัดการความเสี่ยงอันตราย เป็นต้นการให้บริการเป็นไปตามแนวทางบริการนิติจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ (กรมสุขภาพจิต, 2564)

**ทีมสหวิชาชีพ** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ มีความรู้ทักษะ และความสามารถเฉพาะด้านที่แตกต่างกันมาทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งเป้าในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันอย่างมีระบบและเป็นกระบวนการ โดยอยู่บนพื้นฐานของเป้าหมายและวัตถุประสงค์เดียวกัน ในการปฏิบัติงาน โดยจะมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างต่อเนื่องเพื่อการประเมินสภาพการณ์ของปัญหาและมีความรับผิดชอบร่วมกันทั้งกระบวนการ (คู่มือมาตรฐานการคุ้มครองสวัสดิภาพและพัฒนาคนพิการในศูนย์บริการบุคคลออทิสติก, 2563)

**การกระทำผิดซ้ำ** หมายถึง ผู้ต้องขังที่ถูกปล่อยตัวออกจากเรือนจำไปแล้วทั้งกรณีพ้นโทษแบบมีเงื่อนไขและไม่มีเงื่อนไข ในช่วงปีงบประมาณหนึ่ง ๆ แล้วหวนกลับมากระทำผิดซ้ำโดยถูกส่งตัวเข้าสู่เรือนจำอีกครั้ง ทั้งในกรณีผู้ต้องขังระหว่างพิจารณาคดีและผู้ต้องขังภายในระยะเวลาช่วงหนึ่งที่กำหนดไว้หลังการปล่อยตัวดังกล่าว (กรมราชทัณฑ์, 2564)

**การป้องกัน** หมายถึง มาตรการหรือแนวทางต่าง ๆ เพื่อไม่ให้ผู้ต้องขังหรือผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ถูกปล่อยตัวออกจากเรือนจำหรือสถานพยาบาลตามคำสั่งศาลไปแล้วทั้งกรณีพ้นโทษแบบมีเงื่อนไขและไม่มีเงื่อนไข หวนกลับมากระทำผิดซ้ำ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงรูปแบบและลักษณะที่มักพบในผู้ป่วยนิติจิตเวช
2. ทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการเกิดการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช
3. ทำให้เกิดแนวทางการส่งเสริมและการพัฒนาการป้องกันการกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวช

## บทที่ 2

### เอกสารและการทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาเรื่อง “การพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช” ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางการศึกษาตลอดจนเพื่อการวิเคราะห์ ดังนี้

#### 2.1 แนวคิดและทฤษฎีอาชญาวิทยา

- 2.1.1 สำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม
- 2.1.2 ทฤษฎีอาชญากรรมกับพัฒนาการ
- 2.1.3 ทฤษฎีการลงโทษ
- 2.1.4 กฎหมายอาญาในผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี

#### 2.2 แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา

- 2.2.1 กลุ่มโรคทางจิตเวชศาสตร์
- 2.2.2 ทฤษฎีโครงสร้างทางจิต
- 2.2.3 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์
- 2.2.4 สาเหตุการเกิดพฤติกรรม
- 2.2.5 ทฤษฎีความก้าวร้าว
- 2.2.6 ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมโคลเบิร์ก

#### 2.3 การกระทำผิดซ้ำและเครื่องมือในการแก้ไขพฤติกรรมและการป้องกันการกระทำผิดซ้ำ

- 2.3.1 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2562 (พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2562)
- 2.3.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกรมสุขภาพจิต
- 2.3.3 แนวทางการดูแลและบำบัดแก้ไขพฤติกรรมผู้ต้องขังโดยกรมราชทัณฑ์

#### 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



## 2.1 แนวคิดและทฤษฎีอาชญาวิทยา

### 2.1.1 สำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม (Positive School)

นักทฤษฎียุคปฏิฐานนิยม (Positive school) มีความเชื่อว่า มนุษย์ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้อย่างเด็ดขาดโดยเฉพาะพฤติกรรมอาชญากรรม ดังนั้น ทฤษฎีแนวปฏิฐานนิยมจึงอธิบายว่า อาชญากรรมเกิดจากความผิดปกติหรือความบกพร่องด้านร่างกายหรือจิตใจของตัวมนุษย์ นักอาชญาวิทยาแนวนี้ จึงพยายามหาคำตอบว่า ปัจจัยใดเป็นสาเหตุหรือก่อให้เกิดพฤติกรรมอาชญากรรม ซึ่งสามารถแบ่งแยกได้ดังนี้ คือ ปัจจัยภายในร่างกาย ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคมแวดล้อม เป็นสาเหตุที่ทำให้ มนุษย์มีพฤติกรรมอาชญากรรม อย่างไรก็ตาม นักทฤษฎีบางท่านเชื่อว่า มีปัจจัยเพียงด้านเดียวที่ทำให้เกิด แต่บ้างก็เชื่อว่ามีหลาย ๆ ปัจจัยที่มีมากกว่านี้มารวมกันทำให้เกิด เช่นเดียวกัน โดยผู้ที่เริ่มแนวความคิดหรือสำนักนี้ คือ ซีซาร์ ลอมโบโรโซ (Cesare Lombroso, 1835-1909) แพทย์ชาวอิตาลีเชื้อสายยิว ที่ได้ริเริ่มนำความรู้ทางการแพทย์โดยเฉพาะทางกายวิภาคศาสตร์ เข้ามามีส่วนร่วมกับการศึกษาของอาชญาวิทยา เพื่อที่จะแบ่งประเภทอาชญากรและจำกัดนิยามระหว่างคนปกติกับอาชญากรด้วยลักษณะทางกายวิภาค โดยลอมโบโรโซได้เข้าไปเป็นแพทย์อยู่ในกองทัพอิตาลี ขณะนั้นก็ได้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลทางกายวิภาคว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างไรบ้าง จากนั้นจึงได้เริ่มทำการวิจัยด้วยหลักการทางวิทยาศาสตร์อย่างเป็นจริงเป็นจัง จากการเก็บข้อมูลทางชีววิทยาของผู้ต้องขังชาวอิตาลี (พรชัย ชันตี, 2558)

ลอมโบโรโซ ได้ริเริ่มในการนำเอาหลักการวิจัยแบบวิทยาศาสตร์ (Scientific Inquiry) มาใช้ในการศึกษาหาสาเหตุของพฤติกรรมอาชญากรรม ซึ่งในการศึกษาวิจัยของลอมโบโรโซนั้นได้ทำการสังเกตเก็บข้อมูลทางชีวภาคของบุคคล (Physical Characteristics) เช่น ศรีษะ รูปหน้า ร่างกาย แขนขาหรือผิวหนัง เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในนักโทษชาวอิตาลี แล้วนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลทางชีวภาคของบุคคลที่เป็นทหารชาวอิตาลีหรือบุคคลอาชีพอื่น หลังจากนั้นจึงได้สรุปเป็นผลการศึกษาออกมาโดยมีการนำหลักสถิติมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ลอมโบโรโซเชื่อว่าอาชญากรจะมีความแตกต่างทางชีวภาคเมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไป ทั้งนี้โดยการนำเอาทฤษฎีวิวัฒนาการของมนุษย์มาเป็นรากฐานและแนวความคิดเพื่อสนับสนุนทฤษฎีนี้ หลังจากที่ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ลอมโบโรโซได้แบ่งอาชญากรทั้งหมดออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ (Lindesmith & Levin, 1937)

1. อาชญากรโดยกำเนิด (Born Criminals) เป็นพวกอาชญากรที่มีลักษณะทางกายภาพที่บกพร่องและความบกพร่องนี้เป็นมรดกตกทอดจากบรรพบุรุษในครั้งดึกดำบรรพ์ กล่าวคือบุคคลพวกนี้มีการพัฒนาทางร่างกายล่าหลังหรือช้ากว่ามนุษย์ปกติธรรมดา ซึ่งลอมโบโรโซเรียกบุคคลประเภทนี้ว่า “แอททาวิสติก” (Atavistic) บุคคลที่มีลักษณะเช่นนี้นอกจากจะมีคุณสมบัติทางร่างกายด้อยกว่าบุคคลทั่วไปแล้ว บุคคลประเภทนี้ยังมีพฤติกรรมโหดร้ายป่า

เถื่อน ขอบรั้งแก เบียดเบียน รวมทั้งชอบฆ่าหรือสังหารชีวิตของบุคคลอื่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความอยู่รอดของตนเอง ลอมโบรโซเชื่อว่าอาชญากรประเภทนี้มีอยู่ประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนอาชญากรทั้งหมด

2. อาชญากรวิกลจริต (Insane Criminals) เป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมอาชญากรรมอันมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจ ตัวอย่างเช่น มีโรคร้าย มีอารมณ์ผิดปกติ ปัญญาอ่อน วิทกจริต ซึมเศร้า หรือได้รับผลจากโรคร้ายแรง ซึ่งรวมถึงการติดเหล้า มีอาการโรคประสาท โรคลมบ้าหมู
3. อาชญากรที่กระทำความผิดเพราะความกดดันทางอารมณ์ (Criminaloids) อาชญากรประเภทนี้มีอยู่ประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนอาชญากรทั้งหมด เป็นอาชญากรที่ไม่มีลักษณะบกพร่องทางชีวภาคหรือจิตใจแต่อย่างใด หากแต่เป็นบุคคลที่มีภาวะจิตใจและอารมณ์ในลักษณะที่สามารถถูกกระตุ้นหรือจูงใจให้ประกอบอาชญากรรมได้โดยง่าย
4. อาชญากรที่กระทำผิดเป็นครั้งคราว (Occasional Criminals) เป็นอาชญากรที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับอาชญากรโดยกำเนิด และโดยทั่วไปจะไม่มีพฤติกรรมอาชญากรรม หากแต่บางครั้งได้กระทำผิดไปอาจเนื่องมาจากถูกเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อมบังคับ หรืออีกนัยหนึ่งบุคคลเหล่านี้จะประกอบอาชญากรรมเมื่ออยู่ภายใต้ภาวะเงื่อนไขบางประการที่สนับสนุนให้กระทำผิด

เอ็นริโก เฟอร์รี (Enrico Ferri, 1856-1934) นักอาชญาวิทยาแนวปฏิฐานนิยมเชื่อว่าอาชญากรรมเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอกร่างกายมนุษย์หลายประการร่วมกัน โดยเฟอร์รีได้จำแนกอาชญากรออกเป็น 5 ประเภท คือ (Masters & Roberson, 1990)

1. อาชญากรโดยกำเนิด (Born Criminal) หมายถึง อาชญากรที่มีอาการโรคประสาทหรือมีแนวโน้มจะเป็นอาชญากรอยู่แล้ว
2. อาชญากรวิกลจริต (Insane Criminal) หมายถึง อาชญากรที่มีลักษณะอาการที่แสดงถึงโรคจิต
3. อาชญากรที่เกิดจากอารมณ์ (Passionate Criminal)
4. อาชญากรที่กระทำผิดเป็นครั้งคราว (Occasional Criminal) หมายถึง บุคคลหรืออาชญากรที่ประกอบอาชญากรรมไม่ร้ายแรง โดยมีสาเหตุมาจากอิทธิพลสิ่งแวดล้อม
5. อาชญากรโดยสันดาน (Habitual Criminal) หมายถึง บุคคลที่ประกอบอาชญากรรมเป็นประจำ

นอกจากนี้เฟอร์รี่ยังเชื่อว่าพฤติกรรมอาชญากรรมเกิดจากปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยทางกายภาพ (Physical Factors) ได้แก่ ภูมิอากาศ ภูมิประเทศ อุณหภูมิ และฤดูกาล ฯลฯ
2. ปัจจัยทางมานุษยวิทยา (Anthropological Factors) ได้แก่ เชื้อชาติ อายุ เพศ สภาวะร่างกายและจิต ฯลฯ
3. ปัจจัยทางสังคม (Social Factors) ได้แก่ ความหนาแน่นของประชากร วัฒนธรรม ศาสนา รัฐบาล การเมือง ระบบเศรษฐกิจ และระบบอุตสาหกรรม ฯลฯ

Lindesmith และ Dunham (1941) แยกประเภทอาชญากรโดยใช้แกน Socialization และกำหนดองค์เอกภาพอันต่อเนื่อง (Continuum) ขึ้นมา ในกรณีที่ Socialization ไม่ขาดตกบกพร่องก็จะได้ Socialized criminals ซึ่งเป็นพวกที่ใช้วิถีทางที่ผิดกฎหมายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วัฒนธรรมส่วนรวมยอมรับนับถือและในกรณีที่ Socialization ล้มเหลวก็จะได้ Individualized criminals ซึ่งเป็นพวกเสียจริต ไม่ได้มีชีวิตอยู่ในโลกสังคมใด ๆ หรือได้อิทธิพลของกลุ่มสังคมเหมือนคนทั่วไป ทั้งสิ้นซึ่งประพฤติดำเนินไปโดยหาเหตุผลไม่ได้ (รณชัย คงสกนธ์, 2551)



(ที่มา Lindesmith & Dunham, 1941 อ้างถึงใน รณชัย คงสกนธ์, 2551)

### 2.1.2 ทฤษฎีอาชญากรรมกับพัฒนาการ (Crime and the Life-Course)

โรเบิร์ต เจ แซมซั่น (Robert J. Sampson) และ จอห์น เอช ลีออบ (John H. Laub) (Sampson and Laub, 1990) นักวิชาการกลุ่มแรกๆ ที่ศึกษาพฤติกรรมการกระทำความผิดในแนวทาง

ของทฤษฎีพัฒนาการที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิตของเรา (Across The Life Course) โดยทฤษฎีในกลุ่มพัฒนาการนี้เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าพฤติกรรมการกระทำความผิดที่เกิดขึ้นในวัยเด็กสามารถเชื่อมโยงต่อเนื่อง (Continuity) ไปถึงการกระทำผิดในวัยผู้ใหญ่ได้ โดยการกระทำผิดนั้นไม่ได้มาจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงด้านเดียว แต่มาจากหลาย ๆ ปัจจัยประกอบเข้าด้วยกัน เช่น ปัจจัยทางด้านการศึกษา ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจหรือรายได้ ปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น โดยสาระสำคัญของทฤษฎีมีดังนี้ (ชาญคณิต กฤตยา สุริยะมณี, 2554)

1. พฤติกรรมการกระทำผิดของคนเรานั้นเกิดขึ้นจากพัฒนาการที่มีการพัฒนาแบบเส้นทาง (Trajectory or Pathway) คือ พัฒนาการไปตามช่วงอายุต่าง ๆ ตลอดช่วงชีวิตของคนเรา ซึ่งในช่วงชีวิตของคนเรานั้นย่อมมีช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต (Transition) เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น วัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ จากชีวิตโสดสู่การแต่งงาน จากความสำเร็จการศึกษาสู่ช่วงของการทำงาน ทั้งนี้นอกจากจะมีเรื่องของช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อเข้ามาเกี่ยวข้องแล้ว ยังมีเรื่องของจุดหันเหหรือจุดผกผันในชีวิต (Turning Point) เข้ามาประกอบร่วมด้วย นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อเส้นทางชีวิตของคนเราที่ช่วยกำหนดได้ว่าคนเรานั้นจะเปลี่ยนไปในทางที่ดีหรือทางที่แย่
2. โครงสร้างหรือภูมิหลังทางสังคมกับการกระทำผิด (Structure and Process in Adolescent Delinquency) ปัจจัยทางด้านนี้ ได้แก่ ความยากจน สภาพครอบครัวที่แตกแยก สถานะว่างงานหรือตกงาน สมาชิกในครอบครัวมีประวัติหรือพฤติกรรมกระทำผิด ความผิด สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยในการเติบโตไม่ดีเป็นที่แออัดหรืออัตราการกระทำผิดสูง
3. ความสำคัญของความต่อเนื่องระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ (The Important of Continuity between Childhood and Adulthood) ความต่อเนื่องดังกล่าวนี้ คือความต่อเนื่องของพฤติกรรมที่ฝังรากลึกลงไปในระดับบุคลิกภาพตั้งแต่เด็ก และยังคงผลต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่
4. ความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิต (The Significance of Change in the Life Course) เนื่องจากพฤติกรรมของคนเรามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ นั้น การกระทำผิดไม่ได้มีสาเหตุมาจากปัจจัยทางด้านพฤติกรรมต่อต้านสังคมแต่เพียงปัจจัยเดียว แต่มีสาเหตุมาจากปัจจัยทางด้านความผูกพันหรือความเหนียวแน่นทางสังคม (Social Tie) ซึ่งได้แก่ ความผูกพันต่อครอบครัว โรงเรียน และที่

ทำงาน ดังนั้นหากผู้ใหญ่มีความผูกพันหรือเหนียวแน่นทางสังคมในระดับที่น้อย ก็อาจส่งเสริมให้เกิดการกระทำความผิดขึ้น

### 2.1.3 การลงโทษ

โทษ คือ สภาพบังคับของกฎหมายอาญา ซึ่งตามประมวลกฎหมายอาญาของประเทศไทย มาตรา 18 ได้กำหนดโทษสำหรับผู้กระทำความผิดอาญาไว้ดังนี้

- 1) ประหารชีวิต คือ การเอาผู้ถูกพิพากษาให้ประหารชีวิตไปกระทำให้ตายด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามที่กฎหมายได้มีการกำหนดไว้
- 2) จำคุก คือ การเอาตัวไปคุมขังไว้ในเรือนจำ ตามกำหนดเวลาที่ศาลได้มีการพิพากษา
- 3) กักขัง คือ การเอาตัวไปกักขังไว้ในสถานที่กักขัง ซึ่งได้มีการกำหนดไว้มิใช่เรือนจำ
- 4) ปรับ คือ การบังคับเอาจากผู้กระทำความผิดเป็นจำนวนเงิน
- 5) ริบทรัพย์สิน คือ การบังคับเอาจากทรัพย์สิน โดยทรัพย์สินที่ริบตกเป็นของแผ่นดิน

ปัจจุบันในไทยนั้นมีการใช้ทฤษฎีในการลงโทษผู้กระทำความผิดด้วยกัน 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน (Retributive Theory) ทฤษฎีการลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้ง (Deterrence Theory) และทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟู (Rehabilitative Theory)

**ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน (Retributive Theory)** ทฤษฎีนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากระบบการเมืองการปกครอง ศาสนา และระบบสังคมในสมัยอดีตที่อยู่ที่มีอำนาจในการปกครอง จะใช้วิธีการลงโทษเพื่อตอบแทนผู้กระทำความผิดให้ได้รับการลงโทษ ในลักษณะของตาต่อตา ฟันต่อฟัน มีการใช้วิธีการที่รุนแรง ทั้งการประหารชีวิต การลงทัณฑ์ การทรมานด้วยรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้สาสมกับความผิดที่ผู้กระทำความผิดได้กระทำลงไป และเพื่อให้ผู้กระทำความผิดสำนึกถึงความผิดที่ได้กระทำลงไป โดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดในการลงโทษว่าผู้กระทำความผิดมีเจตจำนงอิสระ (Free Will) ที่มีความเชื่อเป็นพื้นฐานว่า มนุษย์มีเหตุและผลมีอิสระทางความคิด มีเสรีภาพที่จะกระทำการใด ๆ ภายใต้ความคิดความเชื่อและการตัดสินใจของตนเอง รวมทั้งความสามารถในการใช้เหตุและผล ดังนั้น มนุษย์จะต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองที่ได้กระทำลงไป หากเป็นการกระทำที่ดี เขาย่อมได้รับผลตอบแทนที่ดี แต่หากเป็นการกระทำที่ไม่ดี หรือเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนต่อกฎเกณฑ์ของสังคม เขาย่อมสมควรได้รับการตำหนิหรือได้รับการลงโทษอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หลักการการลงโทษตามทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน มีดังนี้

- 1) **ผู้ที่กระทำความผิดเท่านั้นที่จะถูกลงโทษ** การที่จะลงโทษบุคคลใด จะต้องมีการกระทำความผิด และมีความผิดเกิดขึ้นก่อน จึงจะนำตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษ ดังนั้น การลงโทษจึงจะ

ลงโทษได้เฉพาะตัวผู้กระทำผิดเท่านั้น トラバドที่บุคคลยังไม่ได้กระทำผิดเราจะลงโทษเขาไม่ได้

- 2) ผู้กระทำผิดทุกคนต้องถูกลงโทษโดยไม่มีข้อยกเว้น การลงโทษตามทฤษฎีนี้มุ่งรักษาไว้ซึ่งความยุติธรรม ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะเป็นใครก็ตาม หากเป็นผู้ละเมิดกฎเกณฑ์แห่งความยุติธรรมก็ต้องถูกลงโทษทุก ๆ คน
- 3) จำนวนโทษต้องพอเหมาะกับความผิด เพื่อความสาสม มุ่งหมายที่จะลงโทษให้สาสมกับความผิดที่ได้กระทำลงไป ดังนั้น การลงโทษจึงต้องมีความเหมาะสมกับความผิด มีความหนักและเบาแตกต่างกันไปตามวาระ

**ทฤษฎีการลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้ง (Deterrence Theory)** ซีซาร์ เบ็คคาเรีย (Cesare Beccaria, 1738-1794) นักอาชญาวิทยาชาวอิตาลี ผู้ได้รับการยอมรับว่าเป็นต้นกำเนิดของสำนักอาชญาวิทยาคลาสสิก ที่ซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากปรัชญาพื้นฐาน 3 ปรัชญา โดยเบ็คคาเรียได้ให้ทัศนะว่ามนุษย์มีเจตจำนงอิสระ (Free Will) มีความเป็นอิสระ มีสิทธิที่จะเลือกกระทำหรือไม่กระทำก็ได้ ดังนั้น ทฤษฎีการลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้ง ตั้งอยู่บนความเชื่อพื้นฐานว่า การกระทำผิดที่เกิดขึ้นในสังคม เมื่อเกิดขึ้นแล้วไม่สามารถที่จะย้อนเวลากลับไปไม่ทำให้กระทำไม่ได้ ดังนั้นเมื่อเกิดการกระทำผิดขึ้น เราจึงควรหาทางที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำผิดลักษณะนั้นเกิดขึ้นมาอีกมากกว่าที่จะแก้แค้นทดแทนผู้กระทำผิด แนวคิดนี้จึงมองว่าสังคมควรจะใช้วิธีการลงโทษเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำผิดลักษณะนั้นเกิดขึ้นอีก โดยการลงโทษเป็นการขู่ให้บุคคลอื่นในสังคมเกรงกลัวโทษที่จะต้องได้รับและไม่กล้าที่จะกระทำความผิด

การลงโทษเป็นสิ่งที่จำเป็นและสามารถช่วยป้องกันสังคมจากอาชญากรรมได้ โดยเบ็คคาเรียได้อธิบายถึงการลงโทษที่สามารถข่มขู่ยับยั้งผู้กระทำความผิดได้ ว่าควรมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ (Three key elements of punishment)

- 1) การลงโทษต้องทำด้วยความรวดเร็ว
- 2) ความแน่นอนในการลงโทษ
- 3) ความเคร่งครัดหรือความรุนแรงในการลงโทษ

แต่ทั้งนี้ การลงโทษจะต้องได้สัดส่วนกับความผิดที่ผู้กระทำผิดได้กระทำลงไปและจะต้องเป็นที่รับรู้ของประชาชนเพื่อให้เกิดความขังน้ำหนักรั้งผลได้ผลเสียจากการประกอบอาชญากรรม (อ้างถึงใน ฌ็องฌัก อ็องตวน สุกุติโยอิน, 2557)

วัตถุประสงค์ของการลงโทษทางอาญานั้น คือ มุ่งคุ้มครองสังคมยิ่งกว่าเหตุผลอื่น ๆ ทว่าแม้ว่าการคุ้มครองสังคมจะเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการลงโทษ แต่ปัญหาที่จะต้องพิจารณาให้ถี่ถ้วนก็

คือสมควรจะใช้การลงโทษอย่างไรจึงจะเหมาะสมและได้ผลต่อการคุ้มครองสังคมที่ดีที่สุด โดยจะต้องอาศัยการพิจารณาการลงโทษทางอาญา (สัญญาพงศ์ ลิ้มประเสริฐ, 2562) ดังนั้นเมื่ออยู่คดีวิทยาศาสตร์เริ่มเข้าสู่ความเฟื่องฟู แนวคิดการลงโทษจากเดิมที่เน้นใช้การแก้แค้นและทดแทนกับการลงโทษเพื่อข่มขู่และยังยั้ง จึงมีการเพิ่มเข้ามาของแนวความคิดการลงโทษเพื่อแก้ไขและฟื้นฟู

**ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟู (Rehabilitative Theory)** เกิดขึ้นมาในยุคที่มีการตื่นตัวทางวิทยาศาสตร์ มีการศึกษาค้นคว้าโดยอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ที่เรียกว่า ปฏิฐานนิยม (Positive) ด้วยวิธีการศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Method) จากการสังเกตและทดลอง โดยมุ่งเน้นศึกษาทำความเข้าใจถึงสาเหตุการกระทำผิด เน้นไปที่ตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมของผู้กระทำความผิด เพื่อจะหาแนวทางในการแก้ไข มากกว่าที่จะลงโทษ เพื่อให้กลับตัวเป็นคนดี ไม่ให้เกิดพฤติกรรมกระทำผิดซ้ำ รวมทั้งพยายามที่จะช่วยให้ผู้กระทำความผิดกลับคืนสู่สังคมได้ปกติ จึงต้องมีการให้การเรียนรู้ การอบรมให้เพียงพอที่จะใช้ในการดำเนินชีวิตได้ สำหรับหลักการสำคัญของการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูมีดังนี้ (อ้างอิงใน ฌ็อง-ฌัก ลูว์ว็องต์ สุธธิโยธิน, 2557)

- 1) หลีกเหลี่ยงไม่ให้ผู้กระทำความผิดประสบกับสิ่งที่ทำลายคุณลักษณะประจำตัวของเขา
- 2) ใช้วิธีการอื่นแทนการลงโทษจำคุก
- 3) การลงโทษต้องมีความเหมาะสมกับการกระทำผิด
- 4) เมื่อผู้กระทำความผิดได้รับการแก้ไขและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นแล้ว ให้มีการหยุดลงโทษ
- 5) ให้มีการปรับปรุงวิธีการและขั้นตอนการลงโทษระหว่างที่มีการคุมขัง

กฎหมายที่บัญญัติขึ้นแสดงให้เห็นถึงการใช้ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟู ร่วมกับทฤษฎีทางจิตวิทยาที่ให้ความสำคัญกับความรู้สำนึกในการกระทำของบุคคล เนื่องจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ทำให้เชื่อว่ามิบุคคลบางจำพวกไม่สามารถรู้สึกรับผิดชอบหรือรู้สำนึกในการกระทำของตนเองได้ ในปัจจุบันกฎหมายของหลายประเทศได้มีการยกเว้นความผิดหรือกำหนดโทษให้ลดน้อยลง สำหรับการกระทำของบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ซึ่งเป็นการแสดงถึงการยอมรับในหลักการของทฤษฎีทางจิตวิทยา ดังนั้น การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้แสดงออกทางพฤติกรรมออกมา ย่อมต้องมีสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ

#### 2.1.4 กฎหมายอาญาในผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี

ข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำแห่งองค์การสหประชาชาติว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง (United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners 1957) ได้กล่าวถึงบริบทของการใช้ชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำที่ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของกฎหมาย สังคม และภูมิปัญญาถิ่นฐานของผู้ต้องขัง เจ้าหน้าที่จะต้องปฏิบัติต่อผู้ต้องขังทุกคนอย่างมีมนุษยธรรมรวมถึงเคารพศักดิ์ศรีความแตกต่างของความเป็นมนุษย์โดยไม่สามารถละเลยไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น สิทธิผู้ต้องขังใน

ฐานะที่เป็นมนุษย์และพลเมืองของประเทศ จึงมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกันกับพลเมืองทั่ว ๆ ไป รัฐจึงต้องกำหนดกฎหมายเพื่อให้ความคุ้มครอง โดยเฉพาะสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่มีอยู่อัน ล่วงละเมิดมิได้ แม้ว่าจะถูกจำกัดสิทธิเสรีภาพบางประการจากผลของการกระทำผิดนั้น (กฤตพงษ์ พัทชรวิญญูพงศ์, 2562)

จากคำกล่าวข้างต้นนี้ แสดงให้เห็นถึงสิทธิความพลเมืองของประเทศนั้น ๆ แม้บุคคลคนนั้น จะมีการกระทำความผิดก็ตามและถูกศาลตัดสินให้ถูกคุมขัง เพราะวัตถุประสงค์ของการลงโทษทาง อาญานั้น คือ มุ่งคุ้มครองสังคมยิ่งกว่าเหตุผลอื่น ๆ ทว่าแม้ว่าการคุ้มครองสังคมจะเป็นขั้นตอนสุดท้าย ของการลงโทษ แต่ปัญหาที่จะต้องพิจารณาให้ถี่ถ้วนก็คือสมควรจะใช้การลงโทษอย่างไรจึงจะ เหมาะสมและได้ผลต่อการคุ้มครองสังคมที่ดีที่สุด โดยจะต้องอาศัยการพิจารณาลงโทษทางอาญา (สัญญาพงศ์ ลิ้มประเสริฐ, 2562) เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อเหตุความรุนแรง สิทธิที่ควรได้คือการ รักษาอาการทางจิตเวชที่เป็นตัวผลักดันให้เกิดเหตุการณความรุนแรง ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยได้มีการ บัญญัติข้อกำหนดเกี่ยวกับผู้กระทำความผิดที่มีสาเหตุมาจากปัญหาทางจิตเวชไว้เช่นกัน ตาม ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน” ก็จะได้คำตอบว่าคุณคน วิกลจริตที่ไปทำความผิดนั้นต้องมีการกระทำ เพียงแต่การกระทำนั้นหาได้กระทำด้วยจิตใจชั่วร้าย เหมือนคนปกติไม่ ดังนั้นบุคคลวิกลจริตที่ไปกระทำความผิดย่อมไม่มีความรู้สึกผิดชอบอย่างคน ธรรมดาทั่ว ๆ ไป เมื่อบุคคลวิกลจริตไปกระทำความผิดอาญาจะมีผลทางกฎหมายกล่าวคือ 1) ถ้า กระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับ ความผิดนั้น ตามมาตรา 65 วรรคหนึ่ง 2) แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้างหรือยัง สามารถบังคับตนเองได้บ้าง บุคคลวิกลจริตนั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่อย่างไรก็ตามศาลจะ ลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้ ตามมาตรา 65 วรรคสอง (จารุ วรรณ อมรศีลสวัสดิ์, 2558)

## 2.2 แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา

ทฤษฎีแนวจิตวิทยาได้มีส่วนผลักดันอย่างมากที่ทำให้หลักกฎหมายสากลให้ความสำคัญกับ ความรู้สำนึกในการกระทำของบุคคล เนื่องจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ทำให้เชื่อว่า มีบุคคลบางจำพวกไม่ สามารถรู้สำนึกผิดชอบหรือรู้สำนึกในการกระทำของตนเองได้ ในปัจจุบันกฎหมายของหลายประเทศ ได้มีการยกเว้นความผิดหรือกำหนดโทษให้ลดน้อยลง สำหรับการกระทำของบุคคลวิกลจริตหรือจิต ฟั่นเฟือน ซึ่งเป็นการแสดงถึงการยอมรับในหลักการของทฤษฎีทางจิตวิทยา (พรชัย ชันดี, 2558) อาทิ ประเทศอังกฤษ บุคคลที่อยู่ในข่ายต้องถูกบังคับรักษาได้แก่ Mental disorder คือบุคคลที่มีอาการ ป่วยทางจิต (Mental illness) บุคคลที่มีพัฒนาการทางจิตบกพร่องหรือไม่สมบูรณ์ (arrested or



incomplete development of mind) รวมถึงบุคคลที่มีพฤติกรรมผิดปกติทางจิตอื่น ๆ หรือ บุคคลที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ อันได้แก่บุคคลที่มีอาการต่อไปนี้ 1. Severe mental impairment หมายถึง บุคคลที่การพัฒนาทางจิต บกพร่องหรือไม่สมบูรณ์ รวมทั้งความบกพร่องของเขาว์ปัญญา และบกพร่องใน การปรับตัวเข้ากับสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมผิดปกติแบบก้าวร้าว หรือขาดความรู้สึกผิดชอบชั่วดีอย่างรุนแรง เช่น บุคคลปัญญาอ่อนซึ่งมีระดับเขาว์ ปัญญาต่ำกว่า 50 2. mental impairment หมายถึง บุคคลที่การพัฒนาทางจิตบกพร่องหรือ ไม่สมบูรณ์ (ไม่รวมถึงบุคคลตาม ข้อ 1) รวมทั้งมีความบกพร่องอย่างชัดเจนทาง เขาว์ปัญญาและการปรับตัวให้เข้ากับสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมผิดปกติ แบบก้าวร้าวหรือขาดความรู้สึกผิดชอบชั่วดี เช่น บุคคลปัญญาอ่อนซึ่งมีระดับเขาว์ ปัญญาต่ำกว่า 50 3. psychopathic disorder หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติ ต่อเนื่องหรือความไม่สามารถของจิตใจ (ไม่ว่าจะมีความบกพร่องทางสติปัญญาด้วยหรือไม่ก็ตาม) ซึ่งมิ ผลิตให้เกิดความก้าวร้าวที่ผิดปกติหรือความประพฤติที่ไม่รับผิดชอบ อย่างรุนแรงของบุคคลนั้น ๆ เช่น บุคคลที่มีอาการผิดปกติทางจิตเนื่องจากไม่สามารถรู้ผิดชอบ มีความผิดปกติทางจิตแบบก้าวร้าว รุนแรง ขาดจริยธรรมและ มโนธรรม มีพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติ หรือมีความผิดปกติทางจิต เนื่องจากเสพ สุราหรือสารเสพติด บุคคลปัญญาอ่อน กลุ่มอาการโรคจิตเนื่องจากสมองสูญเสีย หน้าที่ การทำงานและไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ (จารุวรรณ อมรศิลป์สวัสดิ์, 2558) นอกจากการใช้ แนวความคิดของสำนักปฏิฐานนิยม (Positive school) กับตัวบทกฎหมายอย่างประมวลกฎหมาย อาญา มาตรา 65 แล้วนั้น ยังได้แสดงให้เห็นถึงการนำองค์ความรู้ทางด้านจิตวิทยาและจิตเวชมาใช้ ร่วมกับองค์ความรู้ทางด้านกฎหมายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพต่อการดำเนินคดีและลงโทษอย่าง เหมาะสม โดยแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่ทางผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

### 2.2.1 กลุ่มโรคทางจิตเวชศาสตร์

การจำแนกโรคทางจิตเวชสามารถแบ่งกลุ่มโรคออกได้เป็นหลายกลุ่ม โดย WHO (1993) ได้มี การแบ่งกลุ่มโรคทางจิตเวชออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัย International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) หรือ ICD-10 ดังนี้ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชครินทร์, 2562)

1. Organic mental disorder เป็นกลุ่มอาการเนื่องจากโรคของสมอง ซึ่งมักเป็นสภาวะที่มีการเสื่อมเรื้อรัง มีผลต่อการทำงานที่ซับซ้อนของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับความจำ ความคิด ความเข้าใจ การรับรู้สถานที่ เวลา บุคคล การคำนวณ การเรียนรู้ ภาษา การตัดสินใจ การ รู้สึกตัว โรคในหมวดนี้แบ่งย่อยได้อีกหลายโรคตามลักษณะอาการทางคลินิก ได้แก่ โรค หลงลืม (Dementia) โรคสมองเสื่อม (Alzheimer) โรคพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง เนื่องจากการบาดเจ็บทางสมอง (Organic brain syndrome) เป็นต้น

2. Mental and Behavioral disorder due to psychoactive substance เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ อันเนื่องมาจากการได้สารกระตุ้นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จำพวก ยาเสพติด ต่างๆ ตัวอย่างโรคในหมวดนี้ ได้แก่ โรคติดยาเสพติด บุหรี่ ติดยาเฟิ่น ติดยานอนหลับ ติดยาเสพติดทุกชนิด
3. Psychotic disorder เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้เป็นหลัก อาการเด่นของโรคในหมวดนี้คือ มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงกลัวในสิ่งที่จะอาจเป็นไปได้ หลงผิด คิดในสิ่งที่ไม่มียุ่จริง ตัวอย่างโรคในหมวดนี้ ได้แก่ โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) โรคหลงผิด (Delusion) เป็นต้น
4. Mood disorder เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์เป็นหลัก อาการเด่น คือ อารมณ์แปรปรวน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เศร้าหรือครีครื้นมากเกินไป ตัวอย่างโรคในหมวดนี้ ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Depressive) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) โรคอารมณ์ครีครื้น (Mania) เป็นต้น
5. Neurotic , stress-related and somatoform disorder เป็นกลุ่มโรคทางระบบประสาท ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิด เป็นหลัก ตัวอย่างโรคในหมวดนี้ ได้แก่ โรควิตกกังวล (Anxiety) โรคเครียด (Stress) โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive) โรคที่เจ็บปวดตามร่างกายอันเนื่องมาจากสาเหตุทางจิตใจ(somatoform) เป็นต้น
6. Behavioral disorder เป็นกลุ่มโรคที่มีพฤติกรรมผิดปกติ ได้แก่ โรคการกินผิดปกติ (Eating disorder) โรคนอนไม่หลับ (Insomnia) โรคพฤติกรรมเปลี่ยน (Behavior changes)
7. Adult personality and Behavior disorder เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมเด่นชัด ได้แก่ โรคพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Aggressive personal disorder) โรคบุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (Borderline personal disorder) โรคบุคลิกภาพแบบพึ่งพิง (Dependent personal disorder) โรคติดการพนัน(Pathological gambling) โรคผิดเพศ (Transsexualism) เป็นต้น
8. Mental retardation เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางระดับสติปัญญา เรียนรู้ได้น้อยได้แก่ โรคปัญญาอ่อน
9. Development disorder เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติหรือพัฒนาการบกพร่อง ได้แก่ โรคผิดปกติทางการพูดออกเสียง (Speech Develop disorder) ความผิดปกติในการใช้ภาษา (Expressive language disorder ) ความผิดปกติในการเข้าใจภาษา (Receptive language disorder) โรคผิดปกติทางด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กมัดใหญ่ (motor function

development disorder) โรคผิดปกติทางการเรียนรู้(LD) โรคออทิสติก (Autistic spectrum disorder) เป็นต้น

10. Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence เป็นกลุ่มโรคผิดปกติทางพฤติกรรมอารมณ์ในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ โรคสมาธิสั้น (ADHD) โรคดื้อ (ODD : Oppositional defiant disorder) โรคก้าวร้าวต่อต้าน (Conduct disorder) ปัญหาปัสสาวะรดที่นอน ติดอ่าง และปัญหาจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม

11. Neurosis เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท กลุ่มนี้จะมีอาการคาบเกี่ยวระหว่างระบบประสาทสมองและร่างกาย ได้แก่ โรคลมชัก (Epilepsy) โรคปวดศีรษะจากความเครียด (Tension headache) โรคปวดศีรษะไมเกรน (Migraine) โรคพาร์กินสัน (Parkinson) เป็นต้น

จากการแบ่งกลุ่มนี้ทำให้เห็นว่าปัญหาพฤติกรรมจากอาการทางจิตเวชนั้นไม่ได้เป็นเพียงแค่ว่าผู้ป่วยนั้นกระทำผิดลงไปอย่างมีสติหรือไม่มีสติ เพราะโรคทางจิตเวชหลายโรคที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงด้านพฤติกรรมความรุนแรงนั้นไม่ได้ขับเคลื่อนด้วยสภาวะไร้สติเพียงอย่างเดียว แต่บางโรคมีการขับเคลื่อนด้วยกระบวนการทางเคมีในสมอง อย่างสารสื่อสารชนิดต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสมองบางส่วนจนแสดงออกมาในรูปแบบพฤติกรรม ตลอดจนกระบวนการเติบโตในสังคมและการอบรมเลี้ยงดูที่มีผลต่อกระบวนการคิดของผู้ป่วยเองด้วย หรือแม้กระทั่งพัฒนาการและชีวปัญญาของบุคคลเองก็ยังมีผลต่อการเรียนรู้และเกิดพฤติกรรมเช่นกัน

ทั้งนี้ลักษณะบุคลิกภาพเองก็มีบทบาทสำคัญในความก้าวร้าวที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะเจ้าอารมณ์ ระดับความอดทนต่อความหงุดหงิด ความวิตกกังวลและความหุนหันพลันแล่นตลอดจนยังเพิ่มความรุนแรงของลักษณะโรคจิตเภท (Majchrzyk, 2012) เนื่องจากการเอาใจใส่ประกอบด้วย "ความเห็นอกเห็นใจ" ต่ออารมณ์ของผู้อื่น ดังนั้นการขาดความสามารถนี้ในขณะกำลังก้าวร้าว หมายความว่าพวกเขาไม่รู้สึกลึกซึ้งหรือสำนึกผิดต่อเหยื่อ จากการศึกษาพบว่าผู้ติดยาเป็นกลุ่มที่มีความเห็นอกเห็นใจในระดับต่ำและยังแสดงอาการหุนหันพลันแล่นในระดับสูงอีกด้วย (Johnson et al., 2010) ทั้งนี้ลักษณะบุคลิกภาพ อารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ เหล่านี้จัดว่าเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยทางจิต "จิต" หมายถึงลักษณะที่แตกต่างกันของบุคคล เช่น ประสบการณ์ภายใน ความสามารถทางปัญญา และรูปแบบพฤติกรรมในทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์ (Henrik et al, 2010) ฉะนั้น การศึกษาย้อนกลับไปยังสภาพแวดล้อมทางสังคมและการเลี้ยงดูจึงมีความสำคัญอย่างมาก เพื่อใช้ในการคาดคะเนแนวโน้มบุคคลที่มีอาจมีความก้าวร้าวในอนาคตได้ ดังเช่นงานวิจัยของ Barnow, Lucht and Feryberger (Barnow, Lucht and Feryberger 2003 อ้างถึงใน สุพรรณิ แสงรักษา) ได้ศึกษา

เปรียบเทียบวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากศูนย์วิจัยกิตสำนึกงานสวัสดิการสังคม จำนวน 48 ราย และกลุ่มควบคุมที่เป็นวัยรุ่นในไนท์คลับสำหรับนักเรียน จำนวน 109 ราย ในกรุงเบอร์ลิน ประเทศเยอรมัน ซึ่งเป็นการหาหลักฐานสำคัญของปัจจัยทางจิตสังคมที่ได้รับในวัยเด็กของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของการได้รับเหตุการณ์ที่มีความสะเทือนใจ แนวโน้มของการถูกทารุณกรรมทางเพศ การถูกทารุณกรรมทางร่างกาย และครอบครัวแตกแยกในวัยเด็ก อย่างไรก็ตามการทำนายพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะเวลาดำเนินมา ระยะยาว และสภาพชีวิตที่มีอารมณ์ด้านลบอย่างเรื้อรังมีความสำคัญมาก พฤติกรรมของผู้ปกครองซึ่งประกอบด้วยการทำโทษอย่างรุนแรง การปฏิเสธอารมณ์ ความรู้สึก เปรียบเสมือนกับการเป็นการแยกจากครอบครัวในระยะแรกของชีวิตที่เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

สิ่งที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้กระทำความผิด ได้แก่ ภูมิหลัง บุคลิกภาพ แรงจูงใจ แรงบันดาลใจ ค่านิยม ระดับการศึกษาหรือกระทั่งองค์ความรู้ที่มีอยู่ (McCord, 1991) ฉะนั้นแล้วนอกจากปัจจัยที่เกิดจากตัวโรคทางจิตเวชของผู้ป่วยแล้ว การศึกษาในประเด็นของโครงสร้างทางจิตและบุคลิกภาพตลอดช่วงชีวิตของคน ๆ หนึ่ง ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำให้เข้าใจการเกิดพฤติกรรมบางพฤติกรรมได้

### 2.2.2 ทฤษฎีโครงสร้างทางจิต

วิลเฮล์ม วุนท์ (Wilhelm Wundt, 1832-1920) นักจิตวิทยาที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของจิตวิทยาแผนใหม่เชิงวิทยาศาสตร์ วุนท์ ศึกษาโครงสร้างของจิต (Structuralism) เขามีความเชื่อว่า จิตประกอบส่วนย่อย ๆ เหมือนกับสสารที่ประกอบด้วยธาตุต่าง ๆ โดยโครงสร้างของจิตมี 3 ส่วน ดังนี้

1. การสัมผัส (Sensation) คือการทำงานของอวัยวะรับสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น และผิวหนัง โดยการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ๆ เช่น หูได้ยินเสียง ลิ้นรับรสเปรี้ยว หวาน เค็ม การที่ผิวหนังสัมผัสอากาศ เป็นต้น

2. การรู้สึก (Feeling) คือการตีความหรือแปลความหมายของการสัมผัส เช่น การมองเห็นสิ่งเร้าแล้วตีความหมายว่า หล่อ ไม่หล่อ หรือจมูกได้ดมกลิ่นดอกไม้แล้วตีความว่า หอม ไม่หอม หูได้ยินแล้วตีความหมายว่า เสียงดี ไพเราะ เป็นต้น

3. จินตภาพ (Image) คือ การคิดและวิเคราะห์ การจดจำประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับจากการสัมผัสและรู้สึก เช่น การจำสูตรคณิตศาสตร์และนำมาใช้ในการสอบสอบได้ เป็นต้น

4. ทั้ง 3 อย่างนี้ประกอบเป็นพื้นฐานของจิต เขาเหมือนกับสารประกอบทางเคมี ซึ่งเกิดจากการรวมตัวเป็นสัดส่วนของธาตุต่าง ๆ เมื่อโครงสร้างทั้งสามเหล่านี้รวมเข้าด้วยกันแล้วประกอบขึ้นเป็นโครงสร้างของจิต

### 2.2.3 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud, 1856-1939) จิตแพทย์ชาวเวียนนา ผู้ซึ่งได้ถือว่าเป็นบิดากลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) โดยเกิดขึ้นและถูกพัฒนาตั้งแต่ปี ค.ศ.1885 ทั้งนี้ ชื่อและหลักทฤษฎีต่าง ๆ ของฟรอยด์จะใช้วิธีการศึกษาสภาพปัจจุบันย้อนกลับสู่อดีต กล่าวคือ อดีตเป็นเหตุซึ่งก่อให้เกิดผลอันเป็นลักษณะปัจจุบันนั่นเอง วิธีการศึกษาของฟรอยด์ในระยะแรกได้ใช้วิธีการสะกดจิต (Hypnosis) เมื่อใช้วิธีการสะกดจิตแล้วทำให้รู้ว่า อะไรคือจิตใต้สำนึกของบุคคล หรืออะไรเป็นสิ่งที่บุคคลได้มีการสะสมไว้ ซึ่งในเรื่องนี้ฟรอยด์ได้ให้ความสนใจเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม วิธีการสะกดจิตนี้เป็นวิธีการที่ไม่ได้ผลดี เพราะไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเต็มที่ เพราะผู้ใช้จะมีความรู้หรือความเข้าใจในเรื่องสะกดจิตน้อยเกินไปหรือเข้าใจได้อย่างไม่ถูกต้อง ดังนั้นฟรอยด์จึงเปลี่ยนเป็นวิธีการระบายความในใจ (Free association) คือ การให้คนไข้ได้ระบายหรือเล่าในสิ่งที่ตนต้องการจะพูดออกมาอย่างอิสระและวิธีการระบายความในใจนี้เองทำให้เราได้ข้อมูลอย่างมาก ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้เข้าใจสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือสาเหตุอะไรที่ทำให้บุคคลได้รับการกระทบกระเทือนทางใจ ฯลฯ โดยเขาได้กล่าวถึงโครงสร้างและการทำงานของจิต ดังนี้ (สุนันทา ศรีศิริ, 2565)

1. อิด (Id) หมายถึง ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เป็นสิ่งที่ยังไม่ขัดเกลา ซึ่งทำให้มนุษย์ทำทุกอย่างเพื่อความพึงพอใจ หรือทำงานตามความพึงพอใจของตนเอง โดยไม่มีการคำนึงถึงสิ่งใดเปรียบเสมือนสันดานดิบของมนุษย์ ซึ่งแบ่งออกเป็นสัญชาตญาณแห่งการมีชีวิต (Life Instinct) เป็นความต้องการอาหาร ความต้องการทางเพศ ความต้องการหลีกเลี่ยงอันตราย และสัญชาตญาณแห่งการตาย (Dead Instinct) เช่น ความต้องการก้าวร้าว หรือการทำอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เป็นต้น

2. อีโก้ (Ego) หมายถึง ส่วนที่ควบคุมพฤติกรรมที่เกิดจากความต้องการของอิด (Id) โดยอาศัยกฎเกณฑ์ทางสังคม และหลักแห่งความเจริญมาช่วยในการตัดสินใจ ไม่ใช่แสดงออกมาตามความพึงพอใจของตนเองเพียงอย่างเดียวแต่ต้องคิดและแสดงออกอย่างมีเหตุผล

3. ซุปเปอร์อีโก้ (Superego) หมายถึง มโนธรรมหรือจิต ส่วนที่ได้รับการพัฒนามาจากประสบการณ์ การอบรมสั่งสอน หรือกระบวนการทางสังคม โดยอาศัยหลักของศีลธรรม จรรยา ขนบธรรมเนียมประเพณี และค่านิยมต่าง ๆ ในสังคมนั้น ซุปเปอร์อีโก้จะเป็นตัวบังคับและควบคุมความคิดให้แสดงออกในลักษณะที่เป็นสมาชิกที่ดีของสังคม

สำหรับโครงสร้างของจิตทั้ง 3 ส่วนนี้ ล้วนมีความสัมพันธ์กัน ถ้าทำงานสัมพันธ์กันดี จะทำให้การแสดงออกหรือบุคลิกภาพของคน ๆ นั้น จะมีความเหมาะสมกับตนเอง แต่ถ้าโครงสร้างทั้ง 3 ส่วนทำหน้าที่ขัดแย้งกัน บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

ขณะที่ ลักษณะการทำงานของจิตนั้น พรอยด์ ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับด้วยกัน ดังนี้ (สุนันทา ศรีศิริ, 2565)

1. จิตสำนึก (Conscious) คือ ระดับของจิตที่รับรู้ ทั้งสิ่งต่าง ๆ ภายนอกตัว หรือสิ่งที่ออกมาจากภายในตัวเรา ไม่ว่าจะเวลาใดก็ตาม เป็นส่วนของจิตที่รับรู้ได้ขณะที่เรารู้ตัวอยู่ ลักษณะอาการที่สังเกตได้ของระดับจิตสำนึก ได้แก่ ความรู้สึกต่าง ๆ เช่น โกรธ เศร้า ดีใจ กังวล รวมทั้ง การรับสัมผัส เช่น รูป รส กลิ่น เสียง เป็นต้น

2. จิตก่อนสำนึก (Preconscious) คือ ส่วนของประสบการณ์ในจิตใจที่ถูกระลึกได้ด้วยความตั้งใจจนสามารถรับรู้ได้ในระดับจิตสำนึก เช่น เมื่อมีคนถามเราว่า ที่อยู่ของบ้านเราคือที่ไหน หรือครูที่รักที่สุดสมัยประถมศึกษาชื่ออะไร เราจะสามารถระลึกตอบได้ ระดับจิตก่อนสำนึกจึงเปรียบเสมือนรอยต่อระหว่างระดับจิตสำนึกกับจิตไร้สำนึก หน้าที่สำคัญของจิตสำนึก คือ เป็นตัวกรองผ่านไปมา ระหว่างระดับจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก เพื่อที่จะช่วยรักษาทั้งสองระดับให้สมดุลสามารถทำงานได้ตามปกติ

3. จิตไร้สำนึก (Unconscious) คือ ส่วนของจิตที่อยู่ในระดับที่ลึกที่สุดภายในจิตใจของคนเรา โดยจะถูกเก็บห่างจากการระลึกด้วยการเก็บกดและกลั่นกรอง นอกจากนี้ พรอยด์ยังเชื่อว่า ส่วนนี้สัมพันธ์กับแรงขับทางสัญชาตญาณ คือส่วนที่เป็นแรงขับทางเพศ (Sexual Drives) และความก้าวร้าว (Aggressive Drives) เช่น เกลียดครู หรือพยายามที่จะลืม แล้วในที่สุดก็ลืม ๆ ไป ดูเหมือนลืมไปจริง ๆ แต่ที่จริงไม่ได้หายไปไหน ยังอยู่ในตัวลักษณะจิตไร้สำนึกและจะแสดงออกมาในรูปแบบของความฝันหรืออาจจะเป็นการละเมอ ซึ่งเปรียบได้กับส่วนของภูเขาน้ำแข็งที่อยู่ใต้น้ำ

สาเหตุการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ในรูปแบบที่คล้ายกัน เพราะการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้แสดงออกทางพฤติกรรมออกมา ย่อมต้องมีสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ ขึ้น ซึ่ง เคิร์ต เลอวิน (Kurt Lewin, 1951) ที่พยายามศึกษาสาเหตุการเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ได้เสนอทฤษฎีที่ชื่อว่า ทฤษฎีสนาม (Field Theory)

#### 2.2.4 สาเหตุการเกิดพฤติกรรม

เคิร์ต เลอวิน Kurt Lewin (1951) ผู้ซึ่งพยายามศึกษาสาเหตุการเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ได้นำเสนอ ทฤษฎีสนาม (Field Theory) เสนอว่า พฤติกรรมของมนุษย์ล้วนแต่เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับสภาพแวดล้อมรอบตัวของบุคคลคนนั้น ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความร้อน ความแออัด หรือกระทั่งสภาพแวดล้อมทางจิตวิทยา เช่น วัฒนธรรม ประเพณี บรรทัดฐานของกลุ่ม เป็นต้น โดย Lewin วินได้เสนอสมการการเกิดพฤติกรรม ดังนี้

$$B = f(PE)$$

B = พฤติกรรมของบุคคล

P = ลักษณะส่วนบุคคล

E = สภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์

(ที่มา Kurt Lewin, 1951 อ้างถึงใน ชูชัย สมितिไกร, 2564)

การทำความเข้าใจกับสาเหตุแห่งการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ จึงจำเป็นต้องพิจารณาทั้งลักษณะส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมของบุคคลนั้น ด้วยเหตุนี้ การศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์จึงควรสนใจทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ การเรียน ความต้องการ แรงจูงใจ บุคลิกภาพ ทักษะ ค่านิยม ฯลฯ รวมทั้งปัจจัยภายนอกหรือสภาพแวดล้อมทางสังคมของบุคคล เช่น ครอบครัว กลุ่ม และวัฒนธรรม ฯลฯ (อ้างถึงใน ชูชัย สมितिไกร, 2564)

ถึงแม้ผู้ป่วยจิตเวชนั้นมักจะมีความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกมาค่อนข้างแตกต่างจากบุคคลธรรมดาทั่วไปที่ไม่ได้มีความเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช แต่ในบางรายก็ยังคงสามารถที่จะควบคุมตัวเองหรือกระทั่งพยายามทำตัวให้กลมกลืนกับบุคคลทั่ว ๆ ไปได้ สำหรับกลุ่มที่เป็นประเด็นในการศึกษาครั้งนี้คือกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้กระทำความผิดและถูกส่งตัวเข้ารับการรักษา จากนั้นเมื่อถูกปล่อยตัวกลับคืนสู่สังคมออกมา กลับเกิดการกระทำผิดซ้ำขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจและหาแนวทางในการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช จึงต้องทำการศึกษสาเหตุการเกิดพฤติกรรมความก้าวร้าวในกลุ่มผู้ป่วยนิติจิตเวช ทั้งลักษณะส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม สถานการณ์ ทั้งนี้เพื่อความครอบคลุมในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงนโยบายและมาตรการในการป้องกันเฝ้าระวังในปัจจุบันด้วยเช่นกัน

### 2.2.5 ความก้าวร้าว (aggression)

นวลศิริ เปาโรหิตย์ (2548) ความก้าวร้าวเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาช้านาน นักจิตวิทยาและนักสังคมวิทยาต่างให้ความสนใจการเกิดปรากฏการณ์นี้ของมนุษย์และสัตว์ ก่อให้เกิดความเชื่อหลายประการ เริ่มตั้งแต่การมองความก้าวร้าวว่าเป็นส่วนเลวร้ายของมนุษย์และสัตว์ เป็นสัญชาตญาณส่วนมีดของสิ่งมีชีวิตทั้งหลายที่คอยจ้องทำลายซึ่งกัน บ้างก็ว่าเป็นแรงขับที่ถูกเก็บกดไว้ และบ้าง

ก็เป็นการเรียนรู้จากการมองเห็นตัวอย่างในสังคม ในที่นี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม 1.ทฤษฎีชีววิทยา 2. ทฤษฎีแรงขับ และ 3.ทฤษฎีการเรียนรู้

ซูซีย์ สมิทิกอร์ (2564) ในประวัติศาสตร์ของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งใด ความก้าวร้าว นั้นเหมือนจะเป็นส่วนหนึ่งของปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ โดยหลายคนมีความเชื่อว่าความก้าวร้าวเป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่กำเนิด บ้างก็เชื่อว่าความก้าวร้าวเป็นสิ่งที่มนุษย์ได้เรียนรู้ในภายหลัง ทำให้นักจิตวิทยาสังคมพยายามหาคำตอบว่า แท้จริงแล้วความก้าวร้าวเป็นสิ่งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือเกิดการกระบวนกรเรียนรู้

จากข้างต้นนี้ จะพบว่า สาเหตุความการเกิดความก้าวร้าวในตัวมนุษย์ค่อนข้างเชื่อมโยงกับทฤษฎีทางชีววิทยาและสัญชาตญาณที่ติดตัวมาแต่กำเนิดนับตั้งแต่บรรพบุรุษของมนุษย์ ทฤษฎีแรงขับ และทฤษฎีการเรียนรู้ที่มนุษย์เรานั้นได้มาเรียนรู้ในภายหลัง จึงขอเสนอแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 ส่วนนี้

### ทฤษฎีทางสัญชาตญาณและชีววิทยา

นักสัตวศาสตร์ คอนราด โลเรนส์ (Konrad Lorenz, 1966) มีความเห็นใกล้เคียงกับพวกนักจิตวิเคราะห์มาก กล่าวคือกลุ่มนี้มีความเชื่อว่าการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น กำเนิดจากการที่พลังงานได้ถูกเก็บสะสมไว้มาก ๆ แต่กลุ่มนี้มีความเห็นเพิ่มเติมว่า ในการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวจะเกิดโดด ๆ ไม่ได้ จะต้องมียิ่งกระตุ้นเกิดขึ้นเป็นตัวล่อพฤติกรรมก้าวร้าวจึงปรากฏขึ้น กลุ่มนี้จึงย้ำให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของตัวล่อกับพฤติกรรมก้าวร้าวจะต้องเกิดร่วมกันเสมอ

การทำงานของสมองก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของความก้าวร้าว การวิจัยพบว่าความผิดปกติของสมองส่วนหน้ามีความเกี่ยวข้องกับความก้าวร้าวและพฤติกรรมที่รุนแรง เนื่องจากความบกพร่องของสมองส่วนหน้าโดยเฉพาะส่วนที่เรียกว่า pre-frontal cortex สามารถขัดขวางทักษะด้านการควบคุมตนเอง (executive functioning) ซึ่งเป็นความสามารถทางเชาว์ปัญญาและกระบวนกรซึ่งใช้ในการวางแผนหรือยับยั้งพฤติกรรม (Miura, 2009)

การบาดเจ็บที่ศีรษะหรือสมองนั้นเป็นอีกหนึ่งสาเหตุหรือปัจจัยที่มักพบในบรรดาอาชญากรต่อเนื่อง ซึ่งการบาดเจ็บที่บริเวณศีรษะหรือสมองมักจะสร้างผลกระทบต่อระบบการทำงานของสมองไปตลอดจนในเรื่องของพัฒนาการในตัวผู้กระทำความผิด นอกจากนี้อาชญากรต่อเนื่องบางรายที่ทราบว่าได้บาดเจ็บที่บริเวณศีรษะอย่างรุนแรงในวัยเด็ก ได้แก่ เฮนรี ลูคัส ซึ่งได้รับบาดเจ็บที่บริเวณศีรษะหลายครั้งจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยผู้ปกครองของตน (Norris, 1991) หรือเฟรดเวสต์ ยัง ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจากประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ซึ่งทำให้เขาต้องอยู่ใน



อาการโคม่าเป็นเวลานานกว่าหนึ่งสัปดาห์ หลังจากเหตุการณ์นั้นพบว่าลักษณะทางบุคลิกภาพของเขาเกิดการเสื่อมถอยอย่างเห็นได้ชัด (Stone, 2001)

### ทฤษฎีแรงขับ (Frustration aggression)

แนวคิดนี้เชื่อว่าความก้าวร้าวเกิดจากแรงขับ (Drive theories of aggressive) เสนอว่าสถานการณ์ภายนอกโดยเฉพาะสถานการณ์ที่สร้างความคับข้องใจ (Frustration) ทำให้บุคคลเกิดแรงขับที่จะทำร้ายผู้อื่น ไม่ว่าความคับข้องใจนั้นจะเกิดจนวนสัปดาห์น้อยนิดหรือมากมายเพียงใดก็ตามย่อมจะต้องนำไปสู่การแสดงออกถึงความก้าวร้าวเสมอ (Dollard et al., 1939) ทั้งนี้ความคับข้องใจมักนำไปสู่ความก้าวร้าวรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอีกด้วย ความคับข้องใจหมายถึงทุกอย่างที่ปิดกั้นการก้าวสู่เป้าหมายของเรา ความคับข้องใจมีมากเมื่อแรงจูงใจที่จะก้าวสู่เป้าหมายของเรามีความแรง เมื่อเราคาดหวังที่จะมีความพึงพอใจและเมื่อการปิดกั้นโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายนั้นเป็นไปโดยสิ้นเชิง โดยพลังความก้าวร้าวไม่จำเป็นต้องระเบิดใส่แหล่งที่สร้างความก้าวร้าว คนเราเรียนรู้ในการที่จะยับยั้งการแก้แค้นโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีการห้ามหรือลงโทษ ในกรณีนี้เราจะสับเปลี่ยนความก้าวร้าวไปใส่เป้าหมายที่ปลอดภัยกว่า Displacement หรือการสับเปลี่ยนเป้าหมายเกิดขึ้นในเรื่องเล่าเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับชายคนหนึ่งถูกเจ้านายตูดูกแล้วไประบายใส่ภรรยาของตน และจากนั้นภรรยาก็ตะคอกลูกชาย ลูกชายจึงเดินไปเตะหมา สุดท้ายหมาก็ไปกัดบุตรชายไปรษณีย์ ทฤษฎีจึงเสนอว่า ความคับข้องใจจะนำไปสู่ความก้าวร้าวในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเสมอ และความก้าวร้าวเกิดจากความคับข้องใจ (นพมาศ อุ้งพระ, 2555)

เบอร์โกวิท (Berkowitz, 1962) ทำการปรับปรุงทฤษฎีของดอลลาร์ด (1939) โดยความเห็นมีดังนี้

1. สภาพอารมณ์ที่ถูกปิดกั้น ไม่ให้ไปถึงจุดหมายที่ต้องการจะเป็นปัจจัยทำให้บุคคลโกรธ
2. ความโกรธจะไม่นำไปสู่ความก้าวร้าวในทันที แต่อารมณ์โกรธจะทำให้บุคคลเตรียมพร้อมที่จะก้าวร้าว
3. ความก้าวร้าวจะเกิดได้ต้องมีตัวกระตุ้นที่เหมาะสม ตัวกระตุ้นนี้อาจเป็นสิ่งที่สถานการณ์อดีต/ปัจจุบันก็ได้ อาจเป็นสิ่งที่อยู่นอกหรือในตัวบุคคลผู้นั้นถ้าความโกรธมีปริมาณรุนแรงมากพอ
4. การแสดงความก้าวร้าวบ่อย ๆ จะก่อให้เกิดอุปนิสัยก้าวร้าว แม้ในระยะหลังที่ปราศจากความคับข้องใจ ก็อาจแสดงความก้าวร้าวออกมาได้เช่นกัน

ฟรอยด์ (Freud, 1856-1939) ถือว่าพลังความก้าวร้าวนี้เป็นส่วนหนึ่งของแรงขับทางเพศ ลักษณะการแสดงออกของความก้าวร้าวทางเพศนี้จะมี 2 ลักษณะ คือ

1. ความก้าวร้าวต่อผู้อื่น ทั้งนี้เพราะทุกคนจะมีพลังในการปกป้องตนเอง เมื่อบุคคลเกรงว่าผู้อื่นจะก้าวร้าวต่อตนเอง บุคคลนั้นก็มักจะก้าวร้าวต่อผู้อื่นก่อนเสมอ เช่น การตีศีรษะหรือแทงผู้อื่นก่อนเพราะเกรงว่าผู้อื่นจะตีหรือทำร้ายตน เป็นต้น
2. ความก้าวร้าวต่อตนเอง โดยปกติแล้วบุคคลมักจะมีพลังในการทำร้ายตนเองเอง เช่น การทุบออกตนเอง การอดอาหารเมื่อโกรธศู้ครอง เป็นต้น

โดยปกติแล้ว การทำงานของพลังก้าวร้าวทั้ง 2 พลังนี้จะมีการทำงานที่สัมพันธ์กันในบางครั้งการทำงานของพลังใดพลังหนึ่งอาจมีลักษณะการทำงานที่เด่นกว่าอีกพลังหนึ่งได้

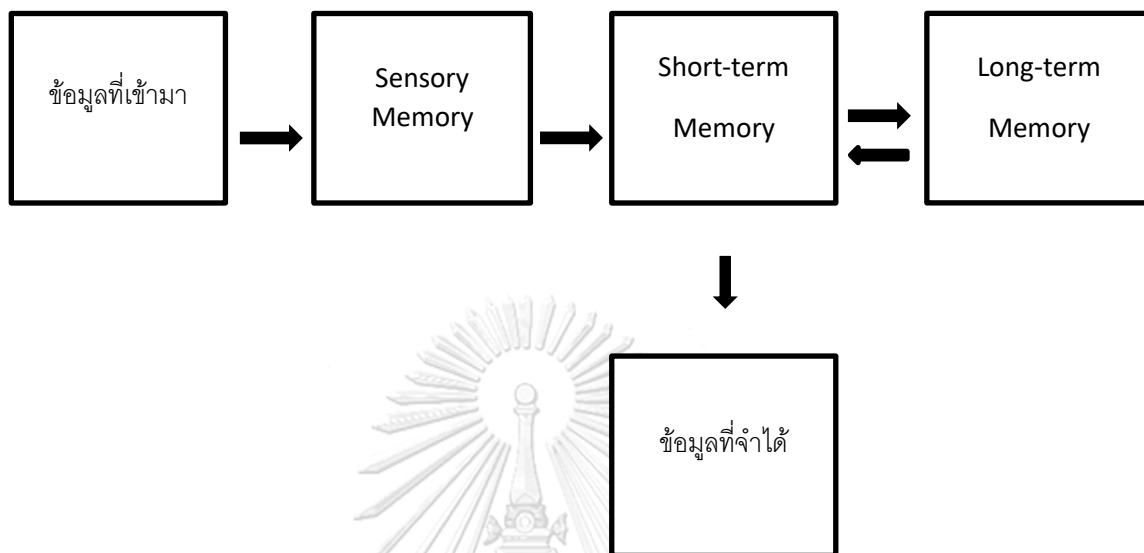
### ทฤษฎีการเรียนรู้

Bandura & Ross (1961) ได้ทำการทดลองเรื่องการเรียนรู้ความก้าวร้าวนี้ไว้ โดยนำเด็กคนหนึ่งเข้าไปในห้องแล้วอยู่มุมหนึ่งของห้องจากนั้นให้ทำกิจกรรมวาดรูปภาพ แล้วต่อมาก็มีผู้ใหญ่คนหนึ่งเข้าไปในห้องเช่นกันแต่ให้อยู่อีกมุมของห้องจากนั้นให้ทำการชกต่อยตุ๊กตาของตัวเองเป็นเวลา 10 นาที ต่อมาทางคณะได้นำเด็กออกจากห้องแล้วไปยังอีกห้องที่มีของเล่น จากนั้นปล่อยให้เด็กเล่นตามลำพัง ผลปรากฏเด็กมีการเล่นที่รุนแรงกับตุ๊กตาในห้อง แบนดูราได้ทำการทดลองหลายครั้ง โดยแบ่งเด็กออกเป็นหลายกลุ่ม กล่าวคือเด็กจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตามแม่แบบที่ได้สังเกต และแม่แบบนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นบุคคลใกล้ชิดเสมอไป อาจเป็นสิ่งที่เห็นหรือเรียนรู้จากที่ต่าง ๆ ข้างนอกก็ได้

จอห์นสัน (Johnson, 1972) ได้กล่าวถึงการเรียนรู้จากแม่แบบว่ามีความสำคัญต่อไปนี้

1. ทำให้รู้วิธีการตอบสนองอย่างใหม่ คือ การจดจำจากแม่แบบนั้น บุคคลได้เรียนรู้วิธีการที่แม่แบบใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการใหม่ ๆ ที่เขาไม่เคยได้เรียนรู้มาก่อน และนอกจากการดูแบบและทำตามก็มักจะทำได้โดยไม่ผิดพลาดนัก กล่าวคือทำได้ง่ายกว่าวิธีอื่น และไม่ต้องฝึกซ้อมมากนัก
2. ช่วยระงับ/กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม คือ การเรียนรู้จากแม่แบบให้ผลได้ทั้ง 2 ลักษณะ ได้แก่ ถ้าแม่แบบกระทำการสิ่งใดลงไปแล้วแม่แบบได้รับการลงโทษก็อาจทำให้ผู้สังเกตไม่ทำตามพฤติกรรมนั้น หรือในขณะเดียวกันถ้ามีแม่แบบสักคนในกลุ่มแสดงพฤติกรรมบางอย่างออกไปถึงแม้จะต้องรับการลงโทษ ก็อาจส่งผลให้ผู้สังเกตทำตามได้ด้วยเช่นเดียวกัน
3. ช่วยให้พฤติกรรมที่เรียนรู้แสดงออกได้ง่าย คือ การสังเกตจากแม่แบบที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลเคยเรียนรู้แล้ว จะทำให้มีการแสดงพฤติกรรมนั้นออกได้ง่ายยิ่งขึ้น

Richard Atkinson & Richard Shiffrin (1968) ได้จำแนกโครงสร้างความจำของมนุษย์ได้ 3 ระบบด้วยกัน โดยในแต่ละระบบนั้นจะมีการทำงานที่สัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ



(Richard Atkinson & Richard Shiffrin, 1968)

**Sensory Memory** คือความจำที่เกี่ยวข้องกับระบบสัมผัส อาทิ ความจำที่เกี่ยวกับการมองเห็น, ความจำที่เกี่ยวกับการได้ยิน หรือกระทั่งความจำจากการรับรส โดยจะมีทั้งหมด 5 ประสาทสัมผัสด้วย ได้แก่ การเห็น, การได้ยิน, การสัมผัส, การได้กลิ่น และการลิ้มรส โดยการรับสัมผัสทางการเห็นและการได้ยินมักจะเกิดการทํางานที่บ่อยครั้งมากกว่าสัมผัสอื่น ๆ เพราะเกิดบ่อยครั้งในชีวิตประจำวันของเรา โดยบางครั้งเราอาจจะรู้สึกถึงภาพติดตามและเสียงที่ติดหูอยู่ชั่วขณะก่อนจะเกิดการลืมเลือน เช่น ภาพรถชนติดตาม หรือเสียงร้องครวญครางของผู้ป่วย เป็นต้น

**Short-term Memory** ความจำระยะสั้น เป็นความจำพื้นฐานหรือความจำเบื้องต้น ซึ่งมักจะเกิดความจำขึ้นอย่างทันทีทันใด ความระยะสั้นจัดว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานของความจำ และจะสามารถลืมเลือนไปได้อย่างรวดเร็วหากไม่มีการทวนหรือรับข้อมูลซ้ำ ฉะนั้นหากต้องการให้ข้อมูลความจำยังคงอยู่ จะต้องเกิดการทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ตลอดเวลา

**Long-term Memory** ความจำระยะยาว ข้อมูลต่าง ๆ ที่อยู่ในกล่องความจำระยะยาวนั้น ล้วนเคยเป็นความจำระยะสั้นมาก่อนเสมอ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและสะสมอยู่ในตัวของมนุษย์ค่อนข้างจะถาวรแล้ว ถึงแม้ในข้อมูลบางชุดที่อยู่ในความจำระยะยาวจะไม่ได้แสดงออกมาปรากฏให้ชัดเจนนัก แต่เมื่อเจอสิ่งเชื่อมโยงมาช่วยกระตุ้นก็อาจจะเกิดการระลึกขึ้นได้ โดยเรียกสิ่งนี้ว่า Recall (อุบลรัตน์ เพ็งสกลิต, 2535)

จากกลไกการทำงานของความจำระยะยาว จะพบว่าความจำระยะยาวมีความเชื่อมโยงไปยัง ทฤษฎีจิตกึ่งสำนึกและไร้สำนึกของพรอยด์อีกด้วย โดยจิตไร้สำนึกนั้นเป็นพื้นที่ที่เราไม่สามารถเข้าถึง ได้ ข้อมูลหรือความจำใด ๆ ก็ตามที่เข้าสู่จิตไร้สำนึกแล้วนั้น เจ้าของความจำจะไม่สามารถระลึกได้ แต่ จะแสดงออกมาในรูปแบบพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพที่เป็นแบบแผนบางอย่างหรือความผันขณะที่เรา นอนหลับอยู่ ในส่วนของจิตกึ่งสำนึก หากมีความพยายามในการระลึกถึง ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่นี้ก็จะ กลับขึ้นมาสู่ระดับของจิตสำนึก ซึ่งก็เหมือนกับความจำระยะสั้นกับความจำระยะยาวที่ส่งกันไปมา ดังนั้นแล้วการศึกษาเส้นทางชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ทำความเข้าใจในการเกิดพฤติกรรมที่เป็นอยู่ ในปัจจุบันได้

## 2.2.6 ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมโคลเบอร์ก

ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมของโคลเบอร์ก ถือว่าเป็นหนึ่งในทฤษฎีที่เป็นที่รู้จักในวงการ จิตวิทยาพัฒนาการของมนุษย์ โดย ลอเรนส์ โคลเบอร์ก (Lawrence Kohlberg, 1927-1987) ได้ ให้ความหมายของ จริยธรรม ไว้ว่า เป็นความรู้ที่รู้สึกผิดชอบชั่วดีตามกฎหมายและมาตรฐานของความ ประพฤติในสังคม โดยบุคคลจะพัฒนาขึ้นจนกระทั่งมีพฤติกรรมของตนเอง และสังคมนั้นจะตัดสินว่า การกระทำนั้นถูกหรือผิด นอกจากนี้พัฒนาการทางจริยธรรมจะมากหรือน้อยนั้น จะแปรผันไปตาม ระดับการพัฒนาการรู้คิดของบุคคลนั้น นั่นคือบุคคลที่ฉลาดจะมีการตัดสินใจเลือกเหตุผลสำหรับการ แสดงพฤติกรรมเชิงจริยธรรมอยู่ในระดับที่สูงกว่าบุคคลที่มีระดับการรับรู้และรู้คิดที่ต่ำ และในการ ตัดสินใจว่าบุคคลมีจริยธรรมสูงหรือต่ำจะถูกกำหนดด้วยกฎหมายมาตรฐานของสังคมแต่ละแห่งที่ บุคคลนั้นอาศัยอยู่ (จตุรพร ลิ้มมันจริง, 2556) โดยทฤษฎีนี้ โคลเบอร์กได้แบ่งพัฒนาการทางจริยธรรม ออกเป็น 3 ระดับ โดยแต่ละระดับ แยกออกเป็น 2 ชั้น ตามลักษณะการให้เหตุผลทางจริยธรรม ดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 ระดับก่อนกฎหมายทางสังคม (Preconventional Level) หรือระดับเริ่มมี จริยธรรม

ระดับนี้ การตัดสินใจเลือกกระทำจะเป็นไปตามกฎหมายที่ผู้มีอำนาจเหนือตนกำหนดไว้ และ บุคคลส่วนใหญ่จะคำนึงถึงผลของการกระทำว่าจะเลือกทำในสิ่งที่ประโยชน์แก่ตนไหม พบในช่วงอายุ 2-10 ปี

ชั้นที่ 1 ในขั้นนี้เด็กจะใช้ผลตามของพฤติกรรมเป็นเครื่องชี้ว่า พฤติกรรมของตน “ถูก” หรือ “ผิด” เป็นต้นว่า ถ้าเด็กถูกทำโทษก็จะคิดว่าสิ่งที่ตนทำ “ผิด” และจะพยายามหลีกเลี่ยงไม่ทำสิ่งนั้น อีก พฤติกรรมใดที่มีผลตามด้วยรางวัลหรือคำชม เด็กก็จะคิดว่าสิ่งที่ตนทำ “ถูก” และจะทำซ้ำอีกเพื่อ หวังรางวัล

ขั้นที่ 2 ในขั้นนี้เด็กจะสนใจทำตามกฎข้อบังคับ เพื่อประโยชน์หรือความพอใจของตนเอง หรือทำดีเพราอยากได้ของตอบแทน หรือรางวัล ไม่ได้คิดถึงความยุติธรรมและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น หรือความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้อื่น พฤติกรรมของเด็กในขั้นนี้ทำเพื่อสนองความต้องการของตนเอง แต่มักจะเป็นการแลกเปลี่ยนกับคนอื่น เช่น ประโยค “ถ้าเธอทำให้ฉัน ฉันจะให้.....”

### **ระดับที่ 2 ระดับจริยธรรมของผู้อื่น**

ขั้นที่ 3 พัฒนาการทางจริยธรรมขั้นนี้เป็นพฤติกรรมของ “คนดี” ตามมาตรฐานหรือความคาดหวังของบิดา มารดาหรือเพื่อนวัยเดียวกัน พฤติกรรม “ดี” หมายถึง พฤติกรรมที่จะทำให้ผู้อื่นชอบและยอมรับ หรือไม่ประพฤตินิดเพราะเกรงว่าพ่อแม่จะเสียใจ

ขั้นที่ 4 เหตุผลทางจริยธรรมในขั้นนี้ ถือว่าสังคมจะอยู่ด้วยความมีระเบียบเรียบร้อยต้องมีกฎหมายและข้อบังคับ คนดีหรือคนที่มีพฤติกรรมถูกต้องคือ คนที่ปฏิบัติตามระเบียบบังคับหรือกฎหมาย ทุกคนควรเคารพกฎหมาย เพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยและความเป็นระเบียบของสังคม

### **ระดับที่ 3 ระดับจริยธรรมอย่างมีวิจารณ์ญาณ**

ขั้นที่ 5 ขั้นนี้เน้นถึงความสำคัญของมาตรฐานทางจริยธรรมที่ทุกคนหรือคนส่วนใหญ่ในสังคมยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ถูกสมควรที่จะปฏิบัติตาม โดยพิจารณาถึงประโยชน์และสิทธิของบุคคลก่อนที่จะใช้เป็นมาตรฐานทางจริยธรรม ได้ใช้ความคิดและเหตุผลเปรียบเทียบว่าสิ่งไหนผิดและสิ่งไหนถูก ในขั้นนี้การ “ถูก” และ “ผิด” ขึ้นอยู่กับค่านิยมและความคิดเห็นของบุคคลแต่ละบุคคล แม้ว่าจะเห็นความสำคัญของสัญญาหรือข้อตกลงระหว่างบุคคล แต่เปิดให้มีการแก้ไข โดยคำนึงถึงประโยชน์และสถานการณ์แวดล้อมในขณะนั้น

ขั้นที่ 6 ขั้นนี้เป็นหลักการมาตรฐานจริยธรรมสากล เป็นหลักการเพื่อมนุษยธรรม เพื่อความเสมอภาคในสิทธิมนุษยชนและเพื่อความยุติธรรมของมนุษย์ทุกคน ในขั้นนี้สิ่งที่ “ถูก” และ “ผิด” เป็นสิ่งที่ขึ้นมโนธรรมของแต่ละบุคคลที่เลือกยึดถือ

## **2.5 การกระทำผิดซ้ำและเครื่องมือในการแก้ไขพฤติกรรมและการป้องกันการกระทำผิดซ้ำ**

กรมราชทัณฑ์ (2564) นิยาม การกระทำผิดซ้ำ หมายถึง ผู้ต้องขังที่ถูกปล่อยตัวออกจากเรือนจำไปแล้วทั้งกรณีพ้นโทษแบบมีเงื่อนไขและไม่มีเงื่อนไข ในช่วงปีงบประมาณหนึ่ง ๆ แล้วหวนกลับมากระทำผิดซ้ำโดยถูกส่งตัวเข้าสู่เรือนจำอีกครั้ง ทั้งในกรณีผู้ต้องขังระหว่างพิจารณาคดีและผู้ต้องขังภายในระยะเวลาช่วงหนึ่งที่กำหนดไว้หลังการปล่อยตัวดังกล่าว

แม้ภาครัฐจะมีความเข้าใจที่มากขึ้น แต่หากสังคมยังขาดความเข้าใจและตีตราผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีว่าเป็นอาชญากรที่แก้ไขไม่ได้ ก็อาจส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมากระทำผิดซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มความรุนแรงในอนาคต (Kevin S. Douglas,

Christopher D Webster & Henrik Belfrag, 2013) ดังเช่น แกเบียล ทาเด (Gabriel Tarde, 1843–1904) ผู้นำเสนอทฤษฎีการตีตรา (Labeling Theory) มีแนวคิดว่าการตีตราจะเกิดขึ้นเมื่อมีการกระทำผิดในครั้งแรกและมีการถูกส่งเข้าสู่กระบวนการของระบบยุติธรรมของสังคมหรือสถาบันนั้น ๆ ซึ่งถือเป็นการถูกกำหนดว่าบุคคลนั้นเป็นอาชญากร จากนั้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการรับรู้ของสังคม เช่นเดียวกับ ฮาเวิร์ด เบคเคอร์ (Howard Becker, 1963) ที่ได้ให้ความสำคัญของสภาพแวดล้อมอย่างสังคมรอบตัวมาอธิบายถึงการเกิดพฤติกรรมการกระทำผิดซ้ำไว้ว่า บุคคลทั่วไปอาจมีพฤติกรรมอาชญากรรมเกิดขึ้นได้เป็นครั้งแรกหรือครั้งคราว แต่หากบุคคลที่มีพฤติกรรมดังกล่าวถูกดำเนินการตามกฎหมายทางสังคมแล้ว โดยเฉพาะบุคคลที่เคยถูกดำเนินคดีโดยกระบวนการยุติธรรมของภาครัฐ บุคคลดังกล่าวก็อาจจะถูกตีตราเชิงลบให้กับพฤติกรรมที่เคยกระทำลงไป ทั้งได้รับความอับอายและเสื่อมเสียจึงไม่อาจกลับไปใช้ชีวิตอย่างบุคคลธรรมดาได้ เป็นเหตุทำให้บุคคลกลายเป็นผู้กระทำผิดซ้ำ (พรชัย ชันตี, 2558) การที่สังคมไม่ยอมรับจึงเป็นอีกสาเหตุที่สนับสนุนให้ผู้กระทำผิดกลับมากระทำผิดซ้ำ แม้จะได้รับการลงโทษและรักษามาจากระบบของภาครัฐแล้วก็ตาม (นิศากร อุบลสุวรรณ, 2557) ดังนั้นแล้วพฤติกรรมของอาชญากรถึงจะเป็นสิ่งที่ชั่วร้าย แต่สิ่งที่ร้ายยิ่งกว่าคือ การที่สังคมพยายามผลักดันให้อาชญากรถล่มกลิ้งไปในทางที่ผิดและเป็นภัยต่อสังคมยิ่งขึ้น โดยไม่ยอมเปิดโอกาสให้บุคคลได้กลับตัวเป็นคนดี (Frank Tannenbaum, 1938) จะเห็นได้ว่าสภาพแวดล้อมและสังคมมีผลต่อการทำให้เกิดพฤติกรรมตามที่สังคมมองและกำหนดตัวตน ของเขา

จากการศึกษาวิจัยโดย ไบเรล โอเวส์ราตี และคณะ (Bilel Oueslati et al, 2018) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการกระทำผิดซ้ำ โดยพบว่ามี 7 ประการที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการกระทำผิดซ้ำ

- 1) การรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่าหกเดือนเพิ่มโอกาสในการกระทำผิดซ้ำ
- 2) การไม่ใช้ยาหรือขาดยา
- 3) การปฏิบัติตามการรักษาไม่ดีหลังจากการจำหน่าย
- 4) ไม่ได้อยู่กับครอบครัวหลังออกจากโรงพยาบาล หรือการขาดผู้ดูแล
- 5) อาศัยอยู่ในเขตเมืองที่ยากจนหลังการออกจากโรงพยาบาล
- 6) การว่างงาน
- 7) การใช้สารเสพติด

นอกจากการกระทำผิดที่เป็นส่วนหนึ่งของการตีตราแล้ว โรคทางจิตเวชเองก็ถูกจัดว่าเป็นการตีตราเช่นกัน เนื่องมาจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่หลายด้าน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทถูกมองว่าเป็นบุคคลอันตราย ก้าวร้าว น่ากลัว ซึ่งถือว่าเป็นตราบาป หรือการตีตราให้กับผู้ป่วยจิตเภท แต่มีผู้ป่วยจิตเภทบางรายที่สามารถมีชีวิตในสังคม

ผลการวิจัยโดย บุญพา ณ นคร (2549) พบว่า ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดการตีตรา ตามมุมมองของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นดังนี้

- 1) การดูแลตนเองให้หายจากโรค ได้แก่ การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การพักผ่อนและออกกำลังกาย
- 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว
- 3) การมีส่วนร่วมในชุมชน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องควรตระหนัก และเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวก่อนที่จะวางแผนส่งเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดจากการตีตรา หรือสร้างตราบาปจากสังคม ในขณะที่ทางฝั่งจิตวิทยาได้มองถึง

เมื่อมีการกระทำความผิดทางอาญาเกิดขึ้น ในการพิจารณาว่าบุคคลจะต้องรับผิดชอบในทางอาญาหรือไม่นั้น ประการแรก ต้องพิจารณาว่าการกระทำของบุคคลนั้นครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติไว้หรือไม่ กล่าวคือ 1. มีการกระทำ 2. การกระทำนั้นครบองค์ประกอบภายนอกของความผิด 3. การกระทำนั้นครบองค์ประกอบภายในของความผิด และ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลหากกระทำครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติแล้ว ถือว่าผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา แต่บุคคลนั้นจะต้องรับโทษในทางอาญาหรือไม่ ก็ต้องพิจารณาต่อไปว่าการกระทำผิดนั้นมิได้รับเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดยกเว้นความผิดไว้หรือไม่ (สุวรรณณี, 2547)

### 2.5.1 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2562 (พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2562)

สำหรับหลักการสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ มี 2 เรื่องใหญ่ ๆ คือ (รณชัย คงสกนธ์, 2558)

1. กำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตอันเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของบุคคลนั้นและสังคม กระบวนการดังกล่าว ได้แก่ กระบวนการสั่งให้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในกรณีที่พบว่าบุคคลมีความผิดปกติทางจิต ตกอยู่ในภาวะอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองหรือสังคม และเป็นกระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีลักษณะเป็นสิทธิมนุษยชน

2. กำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งอยู่ระหว่างกระบวนการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้องหรือการพิจารณาคดี หรือภายหลังศาลมีคำพิพากษาในคดีอาญา นั่นคือ กระบวนการเสริมจากที่มีการกำหนดไว้แล้ว ในบทบัญญัติในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

โดยจะยกมาตราที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องมาดังนี้

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัติ

“สุขภาพ” หมายความว่า สุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ

“สุขภาพจิต” หมายความว่า สุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลกับ สุขภาวะทางกาย ทางปัญญา และทางสังคม

“ความผิดปกติทางจิต” หมายความว่า อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาท การรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่บุคคล รวมทั้งอาการ ผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

“แพทย์” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

“จิตแพทย์” หมายความว่า แพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติเป็นผู้มีความรู้ความ ชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์หรือสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น

“พยาบาล” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการ พยาบาลและผดุงครรภ์

“ผู้ป่วย” หมายความว่า บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา

“ผู้ป่วยคดี” หมายความว่า ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการสอบสวน ไต่สวน มูลฟ้องหรือพิจารณาใน คดีอาญา ซึ่งพนักงานสอบสวนหรือศาลสั่งให้ได้รับการตรวจหรือการบำบัดรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ศาลมี คำสั่งให้ได้รับการบำบัดรักษาภายหลังมีคำพิพากษาในคดีอาญาด้วย

“ผู้รับดูแลผู้ป่วย” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภริยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใด ที่รับดูแลหรืออุปการะผู้ป่วย

“ภาวะอันตราย” หมายความว่า พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดย ประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น

“ความจำเป็นต้องได้รับการรักษา” หมายความว่า สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถใน การตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา และได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือ บรรเทาไม่ให้ความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรง หรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือ บุคคลอื่น

“การบำบัดรักษา” หมายความว่า การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางการแพทย์และทางสังคม

“สถานบำบัดรักษา” หมายความว่า สถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตที่รัฐมนตรีประ กาศ กำหนดตามพระราชบัญญัตินี้

“คุมขัง” หมายความว่า การจำกัดสิทธิเสรีภาพของบุคคลด้วยอำนาจของกฎหมาย โดยการ คุมตัว ควบคุม กัก กักกัน ชัง กักขัง จำขังและจำคุก

มาตรา 22 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นบุคคลที่ต้องได้รับ การบำบัดรักษา

1. มีภาวะอันตราย



## 2. มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา

มาตรา 23 ผู้ใดพบเห็นบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจโดยไม่ชักช้า

ตามความเชื่อเดิมที่คนทั่วไปเข้าใจกันเกี่ยวกับการก่อเหตุความรุนแรงโดยผู้ป่วยจิตเวช ที่ไม่ว่าจะมีความเสียหายหรือไม่มีความเสียหาย ไม่ว่ามีผู้เสียชีวิตหรือไม่มีผู้เสียชีวิตก็ตาม ประชาชนมักเข้าใจและเชื่อกันว่าผู้ป่วยนั้นไม่มีความผิด ตำรวจหรือศาลจับไปก็ต้องปล่อยตัว จึงเป็นทำให้ประชาชนบางส่วนถึงแม้จะเห็นผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่ไม่ได้และมีแนวโน้มก่อความรุนแรง แต่ก็เลือกที่จะละเลยหรือไม่ใส่ใจเนื่องจากเชื่อว่าตนเองนั้นไม่สามารถทำอะไรได้ จนเมื่ออาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น จึงก่อให้เกิดเหตุความรุนแรงอย่างบานปลายและไม่สามารถควบคุมได้ แต่จากพระราชบัญญัติสุขภาพจิตนี้ที่มีการระบุข้อความว่า “การบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตอันเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของบุคคลนั้นและสังคม กระบวนการดังกล่าว ได้แก่ กระบวนการสั่งให้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในกรณีที่พบว่าบุคคลมีความผิดปกติทางจิต ตกอยู่ใน **ภาวะอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหรือสังคม** และเป็นกระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีลักษณะเป็นสิทธิมนุษยชน” แสดงถึงว่า ต่อให้ผู้ป่วยยังไม่ทำร้ายใคร แต่หากมีภาวะอันตรายก็สามารถเข้าบังคับการรักษาได้ โดยที่ไม่ต้องให้เกิดเหตุที่รุนแรงหรืออันตรายต่อทั้งทางสังคมและผู้ป่วยเอง

### 2.5.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกรม

#### สุขภาพจิต

นอกจากการบังคับใช้ทางกฎหมายแล้ว ปัจจุบันจากสถานการณ์ความรุนแรงที่มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยจิตเวชที่สูงขึ้น ทำให้กรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญกับกระบวนการการรักษา และเพื่อให้มีความสอดคล้องกับทางกฎหมายที่ถูกบัญญัติขึ้น ทำให้มีการจัดตั้งระบบเพื่อเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงว่าอาจเกิดความรุนแรงทั้งต่อตนเองและสังคมรอบข้าง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลและทรัพยากรต่าง ๆ ที่ควรได้รับเพื่อลดการเกิดเหตุที่ไม่พึงประสงค์ โดยมุ่งหวังให้เกิดระบบติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับเขตสุขภาพได้ โดยมีลักษณะรายเอียดดังนี้

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์หรือพฤติกรรม ที่ได้รับการวินิจฉัยมาอย่างน้อยหนึ่งปีขึ้นไป โดยความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวจะต้องส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตตามปกติ และจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน (กรมสุขภาพจิต, 2563)

### การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย

กรณีผู้ป่วย SMI-V ที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ควรเตรียมความพร้อมในทุกด้าน ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมถึงเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน มีขั้นตอนดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2563)

#### ขั้นเตรียมความพร้อม

##### 1. การเตรียมความพร้อมในโรงพยาบาล

###### 1) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย

- การประเมินและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตทุเลาควรถวายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ รับรู้การเจ็บป่วย ทราบแนวทางการรักษา ให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานยาถูกต้องต่อเนื่องสม่ำเสมอ สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่รับประทาน และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การตรวจรักษาตามนัด รวมทั้งการดำเนินชีวิต และการประกอบอาชีพ

- การประเมินด้านทัศนคติและความคาดหวังเพื่อทราบความคิดความรู้สึกความต้องการปัญหาและอุปสรรคของผู้ป่วย

- การประเมินด้านการปฏิบัติตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทักษะการดูแลตัวเอง ทักษะการ จัดการปัญหาและความเครียด การควบคุมอารมณ์ ทักษะทางสังคม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การปฏิเสธ เป็นต้น รวมถึงทักษะทางอาชีพ

###### 2) การเตรียมข้อมูล

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยการเจ็บป่วยด้านร่างกายและทางจิต ความคาดหวังความต้องการทั้งต่อตนเอง ครอบครัวชุมชน ความสามารถในการดูแลตนเอง แผนการดูแลตนเอง ภาพถ่ายการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้

- ประวัติครอบครัว ลักษณะโครงสร้างครอบครัว สภาพครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐกิจ ความต้องการ ความคาดหวังของญาติที่มีต่อการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษา

- โครงสร้างของชุมชนสภาพชุมชนทัศนคติความเชื่อค่านิยมแหล่งสนับสนุนทางสังคม

###### 3) การเตรียมความพร้อมของบุคลากร

- เตรียมทีมสหวิชาชีพ

- การประชุมทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน วางแผนการดำเนินการช่วยเหลือ กำหนดบทบาท หน้าที่ และมอบหมายการปฏิบัติงาน เช่น เป็นผู้นำกลุ่ม ผู้บันทึก ผู้ประสานงาน

- การประสานงานเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผน และกำหนดวันนัดหมายที่จะลง ปฏิบัติงานในพื้นที่

- เตรียมมอปกรณ์และเครื่องมือใบส่งตัวผู้ป่วย แบบประเมินต่าง ๆ เวชภัณฑ์ยา โทรศัพท์ กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง ภาพผู้ป่วยขณะปฏิบัติกิจกรรม

## 2. การเตรียมความพร้อมชุมชน

การเตรียมชุมชน เป็นการเตรียมความพร้อมครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน แกนนำชุมชน เครือข่าย ในพื้นที่ เพื่อรองรับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและในชุมชน

### ขั้นเตรียมการ

- สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนแจ้งวัตถุประสงค์ของการลงพื้นที่ในการเตรียมครอบครัวและชุมชน

- ประเมินทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และชุมชน โดยการพูดคุย รับฟังความคิดเห็น มุมมองต่อผู้ป่วย และผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน รวมทั้งความสำคัญของชุมชน ที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย

### ขั้นดำเนินการ

- ค้นหาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำ/ก่อความรุนแรงซ้ำ

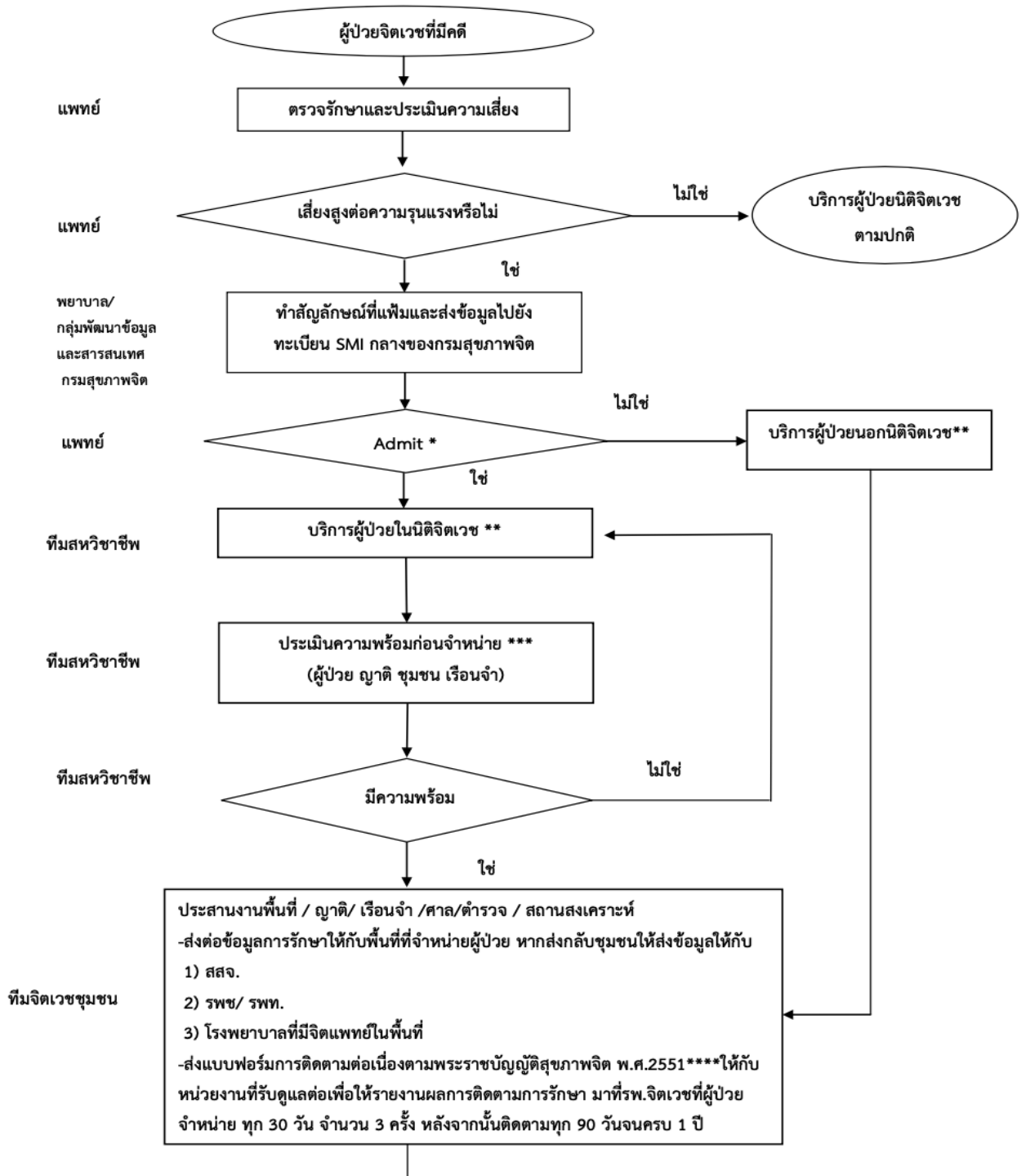
- ประเมินความพร้อมและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยพร้อมทั้งกำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้องในชุมชน การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้ข้อมูลแหล่งดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อส่งต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

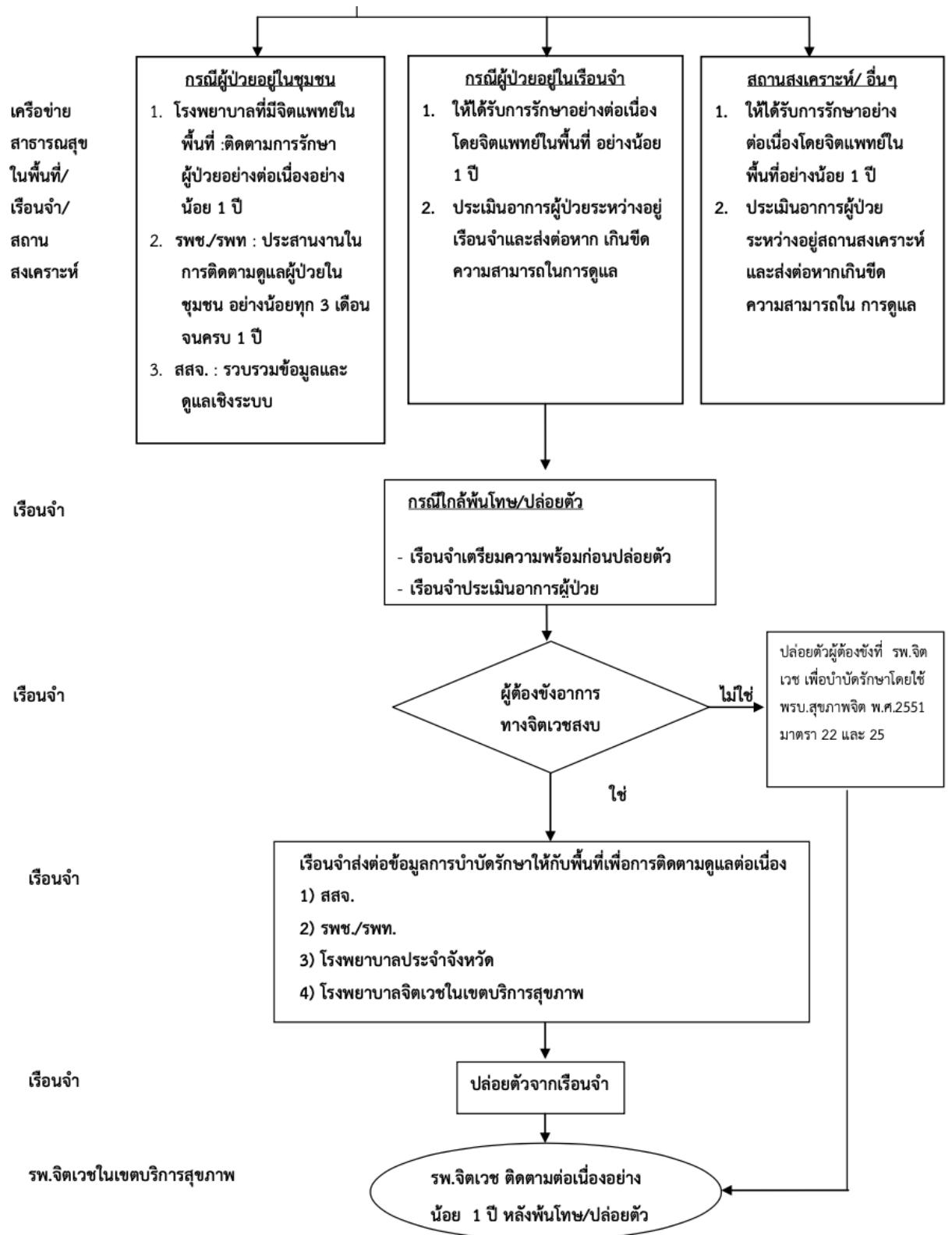
- ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และติดตามผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังจากการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชน

### ขั้นสรุปและประเมินผล

- สรุปและประเมินผลการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชน

ผังกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี



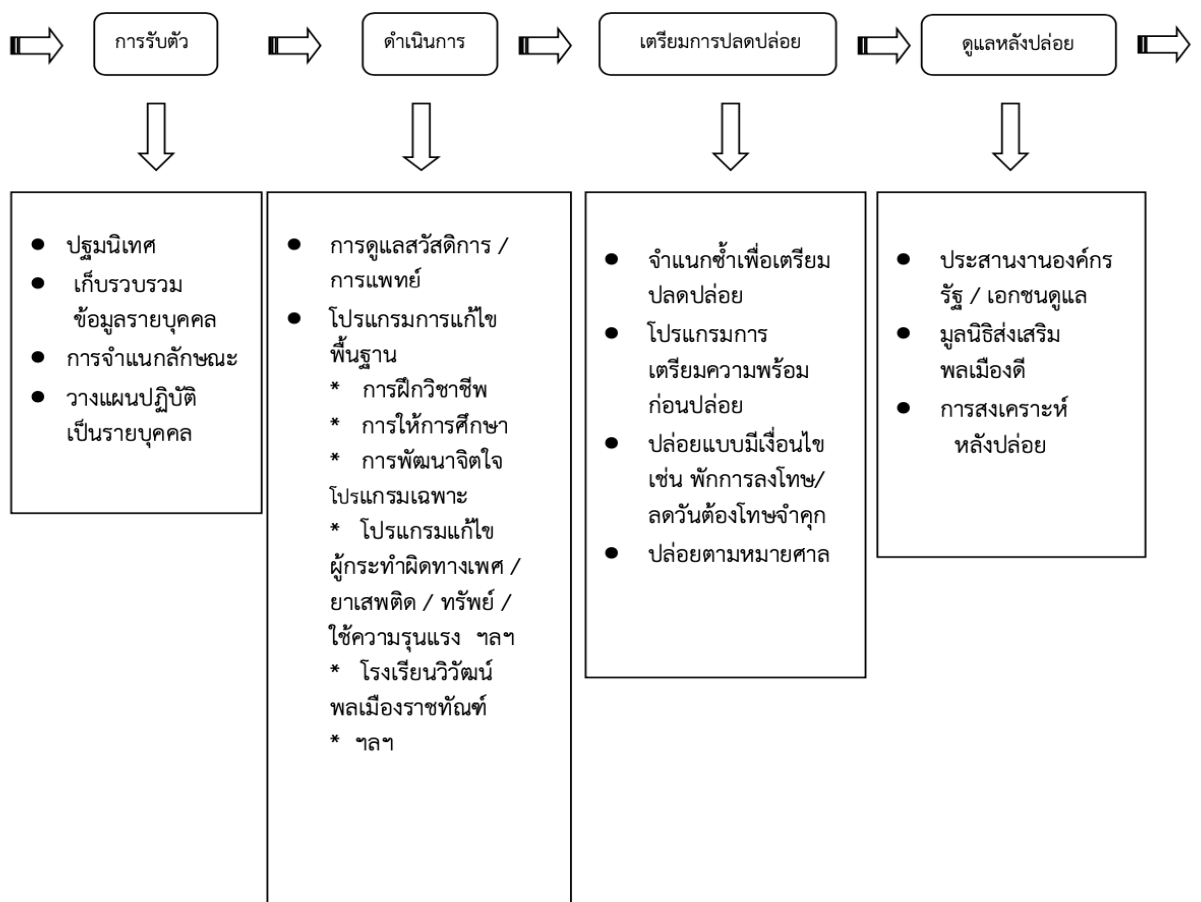


(ภาพประกอบจาก คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง กรมสุขภาพจิต 2558)

### 2.5.3 แนวทางการดูแลและบำบัดแก้ไขพฤติกรรมผู้ต้องขังโดยกรมราชทัณฑ์

กรมราชทัณฑ์ เป็นหน่วยงานสุดท้ายในกระบวนการยุติธรรม นอกจากจะมีหน้าที่ในการควบคุม ผู้กระทำความผิด ตามคำพิพากษาของศาลแล้ว ยังมีหน้าที่ที่สำคัญในการแก้ไข ปรับปรุงและพัฒนาพฤติกรรมผู้กระทำความผิด ให้กลับสู่สังคมได้อย่างปกติสุข อย่างไรก็ตามผู้กระทำความผิดเหล่านี้ได้ถูกหล่อหลอมมาจากสถาบันทางสังคม หรือสภาพแวดล้อมมาเป็นเวลานาน การแก้ไขในเรือนจำเพียงระยะเวลาสั้นๆ จึงเป็นเรื่องที่ยากลำบาก กรมราชทัณฑ์ได้พยายามอย่างยิ่งที่จะคิดค้นสร้างนวัตกรรมและพัฒนาวิธีการ ในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิด เพื่อสนองต่อความคาดหวังของสังคม เพื่อคืนคนดีมีคุณค่าสู่สังคม (กรมราชทัณฑ์, 2561)

การปฏิบัติต่อผู้ต้องขังในเรือนจำ จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การ รับตัวมาคุมขัง จนถึงการดูแลหลังการปลดปล่อย โดยแต่ละขั้นตอนจะมีความต่อเนื่องและสัมพันธ์กัน ซึ่งสามารถแสดงได้ดังแผนภาพนี้



(ภาพประกอบจาก คู่มือการจัดโปรแกรมการแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขัง ตามลักษณะแห่งคดีและพฤติการณ์การกระทำความผิด กรมราชทัณฑ์ 2561)

กรมราชทัณฑ์ (2561) ยังมีการแบ่งการแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขังไว้ด้วยกัน 2 ระดับ คือ

1. การแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขังขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นกิจกรรมหลักที่มุ่งจัดให้ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ทั้งเรือนจำ ได้แก่ การฝึกวิชาชีพ การให้การศึกษา การอบรมทางศีลธรรม ตลอดจนกิจกรรมทางศาสนา สวัสดิการและ นันทนาการต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อมุ่งฝึกทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิตในสังคมให้กับผู้ต้องขัง แต่การแก้ไขฟื้นฟูด้วย วิธีการดังกล่าวยังไม่ได้ลงลึกถึงสาเหตุและมูลเหตุจูงใจ ตลอดจนพฤติกรรมในการกระทำผิดของผู้ต้องขังแต่ละ ประเภทแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขังขึ้นมาอีก ระดับหนึ่ง

2. การแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขังเป็นการเฉพาะ เป็นแนวทางที่มุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของ ผู้ต้องขัง โดยเฉพาะพฤติกรรมอาชญากร ซึ่งจะมีหลักสูตรเฉพาะในการให้ความรู้และฝึกทักษะรวมทั้งการใช้ กระบวนการกลุ่มเป็นเครื่องมือ ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมผู้ต้องขังแต่ละกลุ่ม แต่ละบุคคลตามความเหมาะสม ซึ่งการแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขังเป็นการเฉพาะนี้ อาจจัดแบ่งกลุ่มตามประเภทคดีหรือแบ่งตาม พฤติกรรมการกระทำผิดของผู้ต้องขังก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการจัดโปรแกรมว่า จะมุ่งแก้ไขฟื้นฟู ผู้ต้องขังกลุ่มใด

#### โปรแกรมการบำบัดผู้กระทำผิดโรคจิต

กรมราชทัณฑ์ (2561) อธิบายถึงวิธีการบำบัดกลุ่มนี้ด้วยการใช้วิธีการชุมชนบำบัด โดยใช้กลุ่มบำบัดในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมควบคุมไปกับการบำบัดทางจิต โดยโปรแกรมจะต้องดำเนินการโดยนักจิตวิทยา หรือจิตวิทยาบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ต้องขังประเภทนี้โดยเสมอ

หลักสูตรที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมผู้กระทำผิดที่ใช้ความรุนแรงนี้มีหลากหลายวิชา ขึ้นอยู่กับการ จำแนกลักษณะผู้ต้องขังที่เข้ากลุ่มแต่ละรุ่น แต่ละกลุ่ม แต่ละวัย อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปหลักสูตรประกอบไปด้วย

1. แนะนำกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงทัศนคติพฤติกรรม
2. ค้นหาสาเหตุความรุนแรงของแต่ละบุคคล
3. ทักษะในการจัดการกับความโกรธและความเครียด
4. ทักษะในการแก้ปัญหาในชีวิต การตัดสินใจในการดำเนินชีวิต
5. ทักษะการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและค่านิยมที่จะนำไปสู่ความรุนแรง
6. การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนใกล้ชิด หรือผู้ที่ติดต่อด้วย
7. ทักษะในการสื่อสารและเจรจาต่อรอง
8. การดำเนินชีวิตแบบสร้างสรรค์
9. การควบคุมอารมณ์ของตนเอง
10. การรับรู้ผลกระทบของผู้เสียหาย
11. การป้องกันการกระทำผิดซ้ำ

นอกจากหลักสูตรเฉพาะที่จัดไว้ สำหรับการปรับพฤติกรรมผู้ต้องขังประเภทต่างๆ แล้วอาจมีการนำกิจกรรมกลุ่มในรูปแบบต่างๆ มาใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขังร่วมด้วย เช่น

**ชุมชนบำบัด** เป็นกิจกรรมที่ใช้อิทธิพลกลุ่มช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติและแก้ไขแนวความคิดแบบมีเหตุมีผล

**ดนตรีบำบัด** เป็นกิจกรรมที่ใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือปรุงแต่งอารมณ์ ให้มีนิสัยอ่อนโยน ลดความก้าวร้าว

**ศิลปะบำบัด** เป็นการให้ผู้ต้องขังได้ใช้ศิลปะในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพจิตใจ ผ่อนคลายความเครียดและเสริมสร้างสมาธิ

**อาชีพบำบัด** เป็นการให้ผู้ต้องขังได้รับการฝึกวิชาชีพ และทำงานตามความถนัด เพื่อพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพภายหลังพ้นโทษ

**ศาสนาบำบัด** เพื่อฝึกให้จิตใจสงบ ละเลิกลดความโกรธ รู้จักควบคุมตนเอง

**กีฬาบำบัด** เพื่อให้ผู้ต้องขังมีสุขภาพพลานามัยแข็งแรง มีวินัยในตนเอง และมีน้ำใจเป็นนักกีฬา รู้แพ้ รู้ชนะ รู้ภัย

**ครอบครัวบำบัด** เป็นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขัง ซึ่งนับว่ามีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับพฤติกรรมผู้ต้องขังควรนำมาใช้กับโปรแกรมการแก้ไขทุกโปรแกรม

## 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Swedish National Forensic Psychiatric Register (2018) ทำการศึกษาทางสถิติของระยะเวลาการกลับมาระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช สถิติอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับการกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยทางจิตเวชทางนิติเวชของสวีเดนหลังการออกจากโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่า 9–14% ถูกตัดสินจำคุกในข้อหาทำอาชญากรรมใหม่ภายในหนึ่งปีหลังจากออกจากโรงพยาบาล และ 22–28% ถูกตัดสินจำคุกภายในสามปีหลังจากถูกปล่อยตัว

Penney, Marshall, & Simpson (2016) การวิจัยของแคนาดาพบว่า มีอัตราความรุนแรงพื้นฐาน 23% ภายในหนึ่งปีที่ปล่อยออกมาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชทางนิติเวช

Maden และคณะ (2004) การศึกษาของอังกฤษเกี่ยวกับผู้ป่วย 959 รายที่ออกจากโรงพยาบาลในอังกฤษและเวลส์ระหว่างปี 1997 ถึง 1998 พบว่า 15% ถูกตัดสินลงโทษภายในสองปีหลังจากออกจากโรงพยาบาล

Eronen, Hokola and Tiihonen (1996 อ้างถึงใน สุพรรณณี แสงรักษา) ได้ศึกษาความผิดปกติทางจิตกับปัญหาการฆาตกรรมในประเทศฟินแลนด์ โดยศึกษาในฆาตกร จำนวน 994 คน ทุกคนได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ และร้อยละ 69.7 ได้รับการวินิจฉัยอย่างละเอียดจากจิตแพทย์ และบุคคลกรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาฆาตกรรมกับ



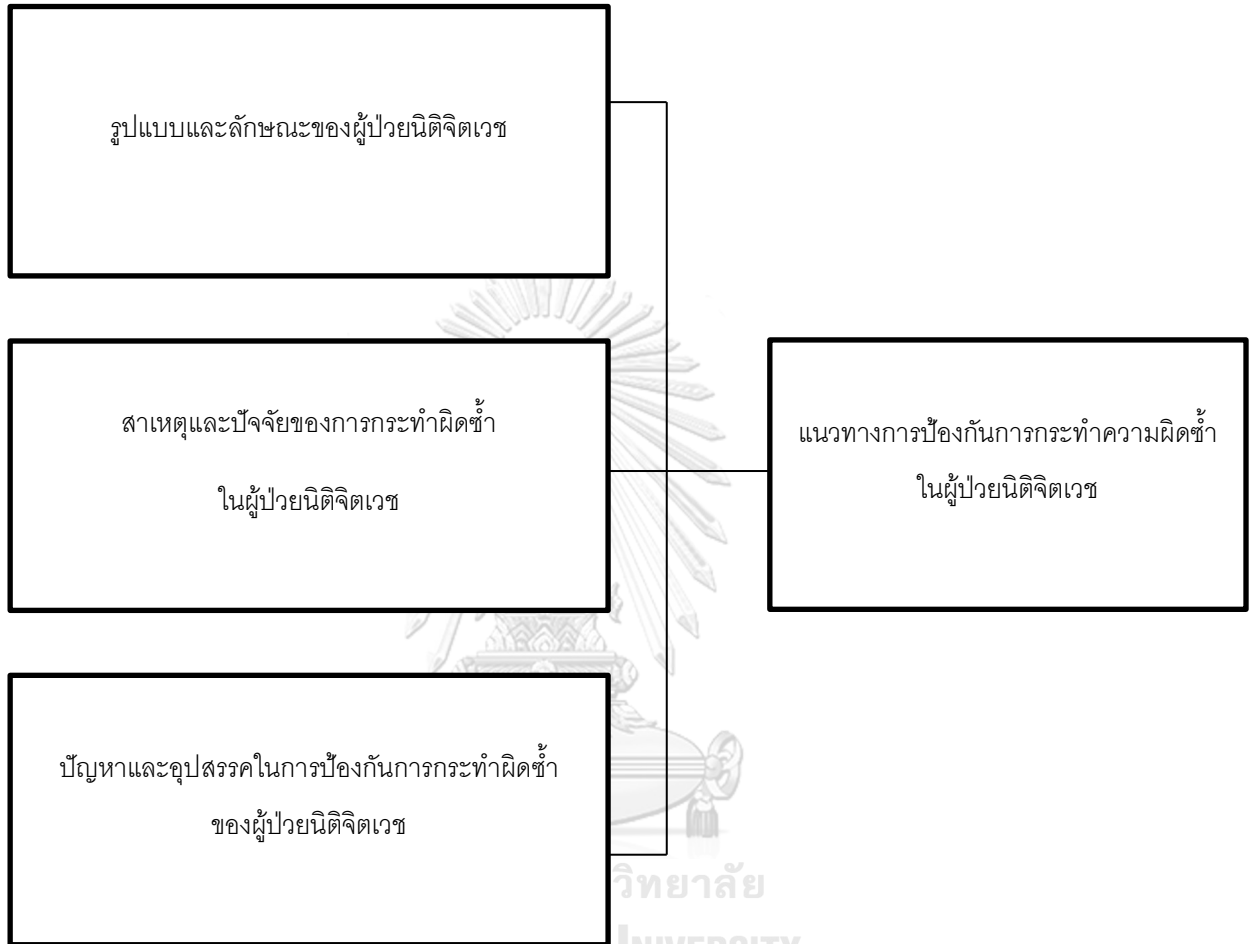
ความผิดปกติทางจิตในผู้กระทำความผิดเพศชายที่เป็นโรคจิตเภท และบุคลิกภาพต่อต้านสังคม มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นฆาตกร 5 และ 10 เท่าตามลำดับ ขณะที่ส่วนของโรคซึมเศร้านั้นมีการเพิ่มของอัตราเสี่ยงเล็กน้อยเท่านั้น ส่วนปัญญาอ่อนไม่เพิ่มอัตราเสี่ยง ในผู้กระทำความผิดหญิงที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมหรือเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังจะเพิ่มอัตราความเสี่ยงสูงมากถึง 40-50 เท่า

Inga Markiewicz (2020) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาในผู้ป่วยจิตเวชกับการก่ออาชญากรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแบบคู่ (schizophrenia and substance abuse) และกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแบบเดี่ยว (schizophrenia) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาต่ำ ในอดีตเคยมีประวัติการใช้ความรุนแรง และเคยประสบกับความรุนแรงและมีประวัติครอบครัวใช้สารเสพติด นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกคุมขังอยู่ในโรงพยาบาลความปลอดภัยขั้นสูงพบว่ามีลักษณะอารมณ์วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ขณะที่ในกลุ่มที่อยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปมักมีเพียงภาวะซึมเศร้า

มานิดา สิงห์ชฎิต, พิภูส ฝาสุกมุล และ เขียวลักษณ์ การกล้า (2541) ได้ทำการศึกษาภาวะสังคม-จิตใจ ของผู้ป่วยจิตเวชคดีที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นจำนวน 101 ราย โดยพบว่าส่วนใหญ่แล้วเป็นเพศชาย อายุต่ำกว่า 30 ปี รายได้ต่ำ ขณะที่ภาวะทางสังคมนั้นพบว่าส่วนใหญ่เติบโตมาในครอบครัวที่ถูกปล่อยปละละเลยในวัยเด็ก เห็นบุคคลในครอบครัวเล่นการพนัน ใช้สารเสพติด ครอบครัวขัดแย้งทะเลาะบ่อยครั้ง และยังพบว่าสภาพครอบครัวที่มีการเลี้ยงดูบุตรหลานที่ต่างกันมีผลต่อสภาวะทางจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ชไมพร ทวีชตรี, รัชสรรค์ วรวงศ์ และ ชัยนรินทร์ ปทุมานนท์ (2542) ศึกษาลักษณะทางสังคมที่นำไปสู่ความรุนแรงและการกระทำความผิดในวัยรุ่นและเยาวชน โดยทำการศึกษาแบบ case-control study ในวัยรุ่นและเยาวชนผู้กระทำความผิดที่อยู่ในสถานฝึกอบรมเด็กและเยาวชนเซรยงใหม่ จำนวน 180 คน ซึ่งสรุปได้ว่า การกระทำความรุนแรงและการกระทำความผิดในวัยรุ่นและเยาวชนสัมพันธ์กับลักษณะทางครอบครัวและลักษณะทางพฤติกรรมและสังคม ดังนั้นผู้ปกครอง ครู อาจารย์และผู้เกี่ยวข้องควรเพิ่มความเอาใจใส่ในการเฝ้าระวังวัยรุ่นและเยาวชนที่มีลักษณะเสี่ยงเหล่านี้

## กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

## ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช ในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในรูปแบบเอกสารและทำการสัมภาษณ์แบบรายบุคคล โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย
2. วิธีการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. ผู้ให้ข้อมูล
5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
7. จริยธรรมของผู้วิจัย

### การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

ในการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยเพื่อศึกษาการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวชกับแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันนั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดในผู้ป่วยจิตเวชตลอดจนพฤติกรรมความรุนแรงต่าง ๆ ทั้งบนทฤษฎีทางอาชญาวิทยาและทฤษฎีทางจิตวิทยา เพื่อให้เข้าใจถึงสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระทำความผิดของตัวบุคคล

### วิธีการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยศึกษาข้อมูลจากการค้นคว้าทางเอกสาร ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยและสาเหตุของการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช และใช้การสัมภาษณ์ผ่านเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับงานด้านนิติจิตเวชภายใต้สังกัดกรมสุขภาพจิตและเจ้าหน้าที่กรมราชทัณฑ์ เพื่อศึกษาถึงเหตุและผลของการเกิดพฤติกรรมการกระทำผิดซ้ำ มาตรการและโปรแกรมในการเฝ้าระวังและป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยเพื่อเข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนเพื่อหาแนวทางพัฒนาการป้องกันการกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวช

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อให้การวิจัยได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุม ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยและสาเหตุของการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช เพื่อกำหนดขอบเขตของคำถามที่จะนำไปใช้ในการสัมภาษณ์กับผู้ข้อมูลให้ครอบคลุมแนวคิด วัตถุประสงค์ในการศึกษา จากนั้นนำร่างแบบสัมภาษณ์เข้าปรึกษา ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไข และปรับปรุงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ ก่อนนำไปจัดพิมพ์เป็นแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้ในการวิจัยและดำเนินการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ จากนั้นใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ด้วยลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดเป็นเครื่องมือในการศึกษา ทั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาจากการ ตัดสินใจของผู้วิจัย เพื่อให้ลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย

### 1. การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (documents)

ศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่อยู่ในรูปแบบข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) โดยเป็นข้อมูลที่ได้มาจาก หนังสือวิชาการ เอกสารวิชาการ และข้อมูลทางสถิติผู้ป่วยนิติจิตเวช เพื่อศึกษาถึงรูปแบบและระบาดวิทยาในผู้ป่วยนิติจิตเวชที่กระทำผิดซ้ำ

### 2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) ด้วยเทคนิคการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรสหวิชาชีพทางการแพทย์ภายใต้สังกัดหน่วยบริการสาธารณสุขของกรมสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้ต้องขังกลุ่มเปราะบางภายใต้สังกัดกรมราชทัณฑ์ เพื่อให้เข้าใจถึงกระบวนการในการดำเนินคดี การดูแลรักษา การคุมขัง ตลอดจนสาเหตุ ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการกระทำผิดซ้ำ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช

## ผู้ให้ข้อมูล (Key Informants)

เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 4 ท่าน

- จิตแพทย์ 1 ท่าน
- พยาบาล 1 ท่าน

- นักสังคมสงเคราะห์ 2 ท่าน
- เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สังกัดกรมราชทัณฑ์ จำนวน 3 ท่าน
- นักจิตวิทยา 1 ท่าน
  - นักจิตวิทยาคลินิก 2 ท่าน

#### คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล

- เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีประสบการณ์กับงานด้านนิติจิตเวช ได้แก่ ตรวจวินิจฉัย, ประเมินหรือทดสอบ, ดูแลรักษา ฟันฟู และติดตามตรวจเยี่ยมลงในชุมชนของผู้ป่วย
- เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีประสบการณ์กับการคุมขัง ดูแลหรือรักษาผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช
- เป็นผู้ที่เคยเข้ารับเหตุหรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีหรือความรุนแรง

#### ประเด็นคำถามกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข

- การรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชตั้งแต่เกิดการกระทำความผิดจนเข้าสู่การรักษาและปล่อยตัวกลับบ้านนั้น มีกระบวนการและดำเนินการอย่างไร
- การดำเนินงานด้านนิติจิตเวชในปัจจุบัน มีมาตรการหรือโปรแกรมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการกระทำผิดซ้ำ หรือการก่อความรุนแรงจากผู้ป่วยนิติจิตเวชอย่างไรบ้าง
- ชุมชนมีปฏิกิริยาหรือการตอบสนองกับผู้ป่วยนิติจิตเวชต่อการกลับสู่ชุมชนอย่างไรบ้าง
- อะไรคือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชบางรายที่เคยเข้ารับการรักษาและถูกปล่อยตัวกลับสู่ชุมชนกลับมาก่อการกระทำผิดซ้ำ
- สัญญาณเตือนถึงความเสี่ยงว่าผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มจะแสดงความก้าวร้าวนั้นมีลักษณะอย่างไร
- ความเห็นของท่าน อะไรคือปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช
- อะไรที่ท่านอยากเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาต่อไปเพื่อประสิทธิภาพในการป้องกัน การกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวช

#### ประเด็นคำถามกลุ่มบุคลากรราชทัณฑ์

- ทางเรือนจำมีกระบวนการในการคุมขัง ดูแล และรักษาผู้ต้องขังที่ก่อคดีมาด้วยสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตเวช อย่างไรบ้าง

- เมื่อมีการปล่อยตัวผู้ต้องขังที่ก่อคดีมาด้วยสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตเวช ทางเรือนจำมีการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย และดำเนินการหลังปล่อยอย่างไรบ้าง
- หลังปล่อยตัวผู้ต้องขังที่ก่อคดีมาด้วยสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตเวช ทางเรือนจำมีการติดตามหรือการคุมประพฤติหรือไม่อย่างไร และหากมีการติดตามและคุมประพฤตินั้น ได้มีกระบวนการดำเนินการอย่างไรบ้าง
- อะไรที่ท่านอยากเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาต่อไปเพื่อประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและป้องกันเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยก่อคดีกลับเข้าสู่เรือนจำอีกครั้ง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำบันทึกข้อความถึงภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อให้ออกหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปยังผู้อำนวยการของหน่วยงานที่ผู้วิจัยต้องการเข้าไปสัมภาษณ์บุคคลกรในหน่วยงานนั้น
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเข้าสัมภาษณ์บุคคลกรผู้เป็นผู้ให้ข้อมูลโดยมีแบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการนำมาใช้ในครั้งนี้

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) จากการบันทึกเทปในรูปแบบเสียงมาถอดคำต่อคำ เพื่อนำมาทำการวิเคราะห์เนื้อหาและบริบท Content & Context Analysis โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องด้วยการอ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปพร้อมกับรับฟังเสียงสัมภาษณ์จากเทปเสียงไปพร้อมกัน จากนั้นนำบทสัมภาษณ์มาทำความเข้าใจในข้อมูลที่ได้จากผู้ให้สัมภาษณ์ โดยดึงข้อมูลเนื้อหาที่มีความสำคัญต่อประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องกับคำถามและขอบเขตของการวิจัย เพื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยและสาเหตุของการเกิดการกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวชในประเทศไทย ตลอดจนจนปัญหาและอุปสรรคในป้องกัน และในขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัย ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ โดยนำเสนอข้อมูลการวิจัยในรูปแบบของการบรรยาย ตลอดจนมีการจัดทำเป็นข้อเสนอแนะทั้งในเชิงนโยบาย เชิงปฏิบัติ ต่อไป

### จริยธรรมในการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยถือหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัดโดยคำนึงถึงความเคารพในบุคคล การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Respect for human dignity) ซึ่งเป็นหลักสำคัญของจริยธรรมการทาวิจัยในคน โดยใช้หลักนี้เป็นพื้นฐานของแนวทางปฏิบัติ ได้แก่

1. เคารพในการขอความยินยอมโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนโดยปราศจากการข่มขู่ บังคับ
2. เคารพในความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล
3. เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล

อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและการวิจัยในคน สถาบันกัลยาธรรณครินทร์ กรมสุขภาพจิต โดยมีมติรับรองการวิจัยตามหนังสือการรับรองโครงการวิจัย เลขที่หนังสือรับรอง 4/2565 รหัสโครงการวิจัย E3/65 เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2565



## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหาและปัจจัยที่ก่อให้เกิดการกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวช และเสนอแนวทางในการป้องกัน โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ต่อผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามระเบียบวิธีวิจัยที่กำหนดไว้ ทั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กรมสุขภาพจิตและกรมราชทัณฑ์ จำนวนรวมทั้งหมด 7 ราย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และนักจิตวิทยาคลินิก โดยผลการวิจัยเชิงคุณภาพจำแนกออกได้ 5 ตอน ดังต่อไปนี้

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 7 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กรมสุขภาพจิต 4 ราย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ในส่วนของกรมราชทัณฑ์ 3 ราย ประกอบด้วย นักจิตวิทยาและนักจิตวิทยาคลินิก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

##### กรมสุขภาพจิต

**ผู้ให้ข้อมูลที่ 1** เป็นข้าราชการสังกัดกรมสุขภาพจิต อายุ 37 ปี รับราชการรวม 9 ปี ปัจจุบันดำรงในตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ สถาบันกัลยาราชนครินทร์ ปฏิบัติงานด้านการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาทั้งในรูปแบบของการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัด ตลอดจนเป็นหัวหน้าสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนในการรักษา

**ผู้ให้ข้อมูลที่ 2** เป็นข้าราชการสังกัดกรมสุขภาพจิต อายุ 47 ปี รับราชการรวม 25 ปี ปัจจุบันดำรงในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชชุมชน สถาบันกัลยาราชนครินทร์ ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงก่อความรุนแรงตั้งแต่เข้าสู่กระบวนการรักษาภายในโรงพยาบาลไปจนถึงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมชุมชนก่อนรับผู้ป่วยเสี่ยงก่อความรุนแรงกลับบ้าน

**ผู้ให้ข้อมูลที่ 3** เป็นข้าราชการสังกัดกรมสุขภาพจิต อายุ 46 ปี รับราชการรวม 22 ปี ปัจจุบันดำรงในตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันกัลยาราชนครินทร์ ปฏิบัติงานด้านการติดตามปัจจัยทางสังคมในผู้ป่วยที่เสี่ยงก่อความรุนแรงตั้งแต่เข้าสู่



กระบวนการรักษาภายในโรงพยาบาลไปจนถึงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมชุมชนก่อนรับผู้ป่วยเสี่ยงก่อความรุนแรงกลับบ้าน

**ผู้ให้ข้อมูลที่ 4** เป็นข้าราชการสังกัดกรมสุขภาพจิต อายุ 27 ปี รับราชการรวม 4 ปี ปัจจุบันดำรงในตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต เคยปฏิบัติงานโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รับผิดชอบในส่วนของการลงเยี่ยมและติดตามผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน

#### กรมราชทัณฑ์

**ผู้ให้ข้อมูลที่ 5** เป็นข้าราชการสังกัดกรมราชทัณฑ์ อายุ 45 ปี รับราชการรวม 22 ปี ปัจจุบันดำรงในตำแหน่ง นักจิตวิทยาชำนาญการ เรือนจำกลางบางขวาง ปฏิบัติงานด้านการดูแลและบำบัดรักษาผู้ต้องขังที่มีอาการหรือเจ็บป่วยมาด้วยสาเหตุของโรคทางจิตเวชภายในเรือนจำกลางบางขวาง

**ผู้ให้ข้อมูลที่ 6** เป็นข้าราชการสังกัดกรมราชทัณฑ์ อายุ 47 ปี รับราชการรวม 22 ปี ปัจจุบันดำรงในตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาและบำบัดรักษาผู้ต้องขังที่มีอาการหรือเจ็บป่วยมาด้วยสาเหตุของโรคทางจิตเวชให้กับทางเรือนจำต่าง ๆ ที่ส่งมาทำการรักษา

**ผู้ให้ข้อมูลที่ 7** เป็นข้าราชการสังกัดกรมราชทัณฑ์ อายุ 31 ปี รับราชการรวม 3 ปี ปัจจุบันดำรงในตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ กรมราชทัณฑ์ ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาวิชาการและระบบการดูแลรักษาทางการแพทย์ของกรมราชทัณฑ์

#### ตอนที่ 2 คุณลักษณะเฉพาะผู้ป่วยนิติจิตเวช

จากการรวบรวมข้อมูลทางเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามระเบียบวิธีวิจัยได้กำหนดไว้ ทั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กรมสุขภาพจิต และกรมราชทัณฑ์ พบว่าในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบหรือจัดคุณลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยนิติจิตเวชได้ในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามประเทศไทยได้มีการแบ่งรูปแบบหรือลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำความผิด อย่างกรณีของประเทศอังกฤษ ที่ได้บทกฎหมายได้มที่การจำกัดความลักษณะของผู้ป่วยนิติจิตเวชออกเป็นประเภทต่าง ๆ ได้แก่ Severe mental impairment คือ บุคคลที่การพัฒนาทางจิตบกพร่องหรือไม่สมบูรณ์อย่างรุนแรง รวมทั้งความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาและความบกพร่องในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม ต่อมาคือ mental impairment หมายถึง บุคคลที่การพัฒนาทางจิตบกพร่องหรือไม่สมบูรณ์ เชาว์ปัญญา และการปรับตัวให้เข้ากับสังคมบกพร่อง เช่น บุคคลปัญญาอ่อนซึ่งมีระดับเชาว์ปัญญาต่ำเกณฑ์และสุดท้าย psychopathic disorder คือ บุคคลที่มีความผิดปกติต่อเนื่องซึ่งมีผลให้เกิดความก้าวร้าว

ที่ผิดปกติ โดยในกลุ่มสุดท้ายนี้มักพบได้ในอาชญากรที่มีการกระทำความผิดอย่างต่อเนื่อง แต่ขณะที่ในประเทศไทยนั้น จะตัดสินความผิดในผู้ป่วยจิตเวชจากการที่ตัวผู้ป่วยนั้นขาดการรับรู้ผิดชอบชั่วดี หรือไม่มีสติสัมปชัญญะที่ครบถ้วนขณะกระทำความผิดเท่านั้น ดังนั้นภายในสถานพยาบาลและเรือนจำจึงมีผู้ป่วยจิตเวชเพียงกลุ่มเดียวคือกลุ่มที่ขาดสติสัมปชัญญะในการรับรู้ผิดชอบชั่วดีหรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้ โดยผู้ป่วยนิติจิตเวชส่วนใหญ่ที่พบคือผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยโรค Schizophrenia หรือ โรคจิตเภท ที่มีลักษณะหลัก ๆ คือ 1) อาการประสาทหลอน ไม่ว่าจะเป็นการเห็นภาพหลอน หูแว่ว รับกลิ่นที่ไม่มีอยู่จริง หรือรู้สึกถึงบางอย่างกับได้หรือไซตามตัว 2) หลงผิด คือมีความคิดหรือความเชื่อที่มั่นใจมากทั้งที่มีหลักฐานมาลบล้าง แต่ผู้ป่วยก็ยังคงเชื่อแบบฝังใจ 3) ความผิดปกติในการรวบรวมคิด อย่างไม่สามารถสื่อสารหรือปะติดปะต่อคำพูดของตนเองได้ และ 4) มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวที่ผิดปกติไม่เหมือนลักษณะการเดินทั่วไป ด้วยลักษณะของโรคที่กล่าวมานี้ จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะแสดงอารมณ์รุนแรงได้สูงพร้อมทั้งขาดสติหรือการควบคุมตนเองได้อย่างคนทั่วไป ดังนั้นผู้ป่วยโรคนี้อาจพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยนิติจิตเวชมากที่สุด

### ตอนที่ 3 ปัจจัยและสาเหตุการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยนิติจิตเวชแม้จะเคยได้เข้ารับการรักษานอนอาการของโรคนั้นหายดีแล้ว แต่ก็ยังสามารถที่จะกลับมาเจ็บป่วยซ้ำเดิมได้ หากไม่ได้ดูแลตนเองอย่างที่ดีควรจะเป็น โดยปัจจัยหรือสาเหตุที่มักทำให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชต้องกลับมากระทำผิดซ้ำ มักเป็นเพราะผู้ป่วยมีการขาดยาหรือไม่กินยาให้ครบ ปัญหาในครอบครัว สภาพบรรยากาศที่มีความขัดแย้งระหว่างคนในชุมชนกับผู้ป่วย ซึ่งหากพิจารณาแล้ว สิ่งเหล่านี้ค่อนข้างมีความเกี่ยวเนื่องยึดโยงกัน โดยวิเคราะห์ ดังนี้

#### 3.1) ความเครียด ความกดดัน ความซับซ้อนใจ

กระบวนการรักษาที่มีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยหลาย ๆ ปัจจัยในการช่วงส่งเสริมหรือสนับสนุนการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการใช้จ่ายเพื่อปรับการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง การใช้จิตบำบัดเข้าแก้ไขกระบวนการคิดหรือวิถีคิดที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคทางจิตเวช ซึ่งสภาพแวดล้อมหรือกระทั่งครอบครัว นับว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะยาวของผู้ป่วยเองด้วยเช่นกัน เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาเป็นที่เรียบร้อยในโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยจะต้องออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับสู่ที่พักของตนเอง ดังนั้นปัญหาที่พบส่วนใหญ่แล้วนั้นมีสาเหตุมาจากทางบ้านของผู้ป่วยขาดศักยภาพขาดความรู้ ขาดความเอาใจใส่ มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อย่างการดูต่ำต่อว่าผู้ป่วย แสดงท่าทีที่รังเกียจ แสดงความรำคาญ ปล่อยปละละเลย หรือกระทั่งมักใช้อารมณ์ที่รุนแรงในการแก้ปัญหาต่อผู้ป่วย โดยคนใกล้ชิดคอยครอบครัวยหรือชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วย

อีกทั้งไม่เข้าใจในอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ โดยเฉพาะอาการอย่างการพูดไม่ปะติดปะต่อหรืออาการที่มีลักษณะการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติที่มักทำให้คนรอบข้างไม่เข้าใจ จึงปฏิบัติกับผู้ป่วยไม่ดีหรือปฏิบัติแบบไม่ใส่ใจ และจากพฤติกรรมของคนรอบข้างที่แสดงต่อผู้ป่วย จึงเป็นการสร้างภาวะความเครียด ความกดดัน และทำลายแรงจูงใจที่ผู้ป่วยอยากจะรักษาให้หายขาดได้ โดยผู้ให้ข้อมูลที่ 1 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ.2565) ได้ระบุว่า “ต่อให้กินยาต่อเนื่องก็จริง แต่เกิดปัญหาขึ้นในการดำเนินชีวิตแล้วเกิดความเครียด ซึ่งคนไข้จิตเวชเนี่ย ในหลาย ๆ คนนะครับ ต่อให้ทานยาต่อเนื่อง อาการทางจิตดีขึ้นแล้ว แต่ปรับตัวกับครอบครัวหรือสังคมไม่ได้ เกิดความเครียดแล้วไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ ก็จะทำให้อาการทางจิตกำเริบขึ้นได้” ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่ 6 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ.2565) ระบุว่า “เพราะเราจะสังเกตว่า 90% ผู้ต้องขังป่วยจิตเวชญาติไม่เอา อยากจะทิ้งแล้ว ก็จะเป็นภาระสังคมต่อไป แล้วบางคนเราไปส่งถึงที่นะเขาโทรกลับมาไม่ถึงอาทิตย์นี่ออกจากเนี่ย ออกจากบ้านหลังนั้นที่เราให้ไปอยู่อะ”

ตัวกระตุ้นอีกตัวหนึ่งที่สำคัญก็คือ ครอบครัว ถ้าเป็นลักษณะอารมณ์ พวกนี้ตัวกระตุ้นที่ดีมากๆเลย อย่างเช่น คนที่บ้านด่าเข้าด่าเย็นด่าเจ็ยเรียบริ่อยเลยลักษณะที่แบบครอบครัวเป็นลักษณะประชดประชันอะไรอย่างเจ็ย ครอบครัวจะเป็นพื้นฐานหนึ่ง ที่จะทำให้คนไข้อยู่ได้ หรืออยู่ไม่ได้อะไรอย่างเจ็ยค้คือถ้าเคสไหนที่ที่ยากจนนะแต่ว่าคนในครอบครัวเข้าใจกัน คนไข้อาจจะอยู่ได้ดีกว่าครอบครัวที่มีฐานะดีแล้ว ลักษณะของครอบครัวเป็นลักษณะที่แบบไม่อบอุ่น แบบด่าเข้าด่าเย็นด่าทุกวันพูดทุกเรื่องที่เป็นความผิดในอดีตอะไรเจ็ย ตัวนี้เป็นตัวกระตุ้นตัวหนึ่งที่เจอนะคะอย่างเช่นจิตรลดาก็เป็นตัวอย่าง หนึ่ง ที่จะเห็นลักษณะของครอบครัวที่เป็นแบบนี้คนที่คนในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพจิตหลายคน (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2565)

นอกจากนี้ ความเครียด ความกดดัน หรือความซับซ้อนใจยังกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยนั้นเกิดความก้าวร้าว แต่ก้าวร้าวนั้นจะยังไม่เกิดขึ้นในทันทีหากผู้ป่วยยังคงมีการดูแลรักษาและทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยยังคงมีสติสัมปชัญญะ จึงสามารถควบคุมพฤติกรรมการแสดงออกของตนได้ รู้ผิดชอบชั่วดี รู้ว่าอะไรควรทำหรือไม่ควรทำ แต่หากผู้ป่วยมีการขาดยาหรือไม่รับการดูแลทางการแพทย์ จนอาการกำเริบอย่างรุนแรง ผู้ป่วยก็มักจะลงมือก่อเหตุกับบุคคลที่สร้างความไม่พอใจหรือชุ่นเคืองให้กับตน

ยกตัวอย่างเคสหนึ่ง เป็นเพื่อนบ้านติดกัน คนไข้อาการเยอะ แล้วเพื่อนบ้านนี้ก็เคยมีปัญหาทะเลาะกันมาก่อน คนไข้ก็ตัดหญ้าอยู่หน้าบ้าน แล้วลุงข้างบ้านก็ไปบ้วนน้ำลายหน้าบ้าน โดยลุงเดินหากฐินริมรั้วบ้านเขาเนียแหละ แต่บังเอิญดันไปบ้วนแถวหน้าบ้านคนไข้ คนไข้ก็มีความคิดว่าลุงคนเนี่ยมาเหยียดหยามเขา เขารู้สึกโกรธ ก็เลยเอากรรไกรตัดหญ้าที่ตัดอยู่ ไปแทงลุงเขาหน้าบ้าน (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ.2565)

### 3.2) การขาดยา

การทานยานั้นมีความสำคัญต่อโรคทางจิตเวชอย่างมาก เนื่องจากตัวโรคจิตเวชเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งสารสื่อประสาทเหล่านี้มีผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม การแสดงออก ตลอดจนสติสัมปชัญญะที่ไม่สามารถรับรู้ได้อย่างเต็มที่ โดยส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากกลไกของสารสื่อประสาทต่าง ๆ ในสมองที่มีการทำงานผิดปกติ ซึ่งสิ่งที่จะช่วยให้บรรเทาลงหรือดีขึ้นได้ จะต้องอาศัยในเรื่องของยาทางจิตเวชมาเข้าช่วยเพื่อให้เคมีในยานั้นปรับสารสื่อประสาทต่าง ๆ โดยสาเหตุของปัญหาการขาดยา มักมาจากการขาดการดูแลที่ดีจากคนรอบข้างอย่างคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน กระทบชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชแม้จะได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการที่ดีขึ้นแล้ว แต่ทว่าบางอย่างยังคงต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลบ้างเป็นครั้งคราว อย่างการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามนัดเพื่อตรวจดูอาการและรับยากลับมาทานบ้าน ซึ่งการไปพบแพทย์จะต้องมีเรื่องของการเดินทางเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ดังนั้นผู้ที่พาไปพบแพทย์จึงมักเป็นคนใกล้ชิดกับผู้ป่วย เพราะหากผู้ป่วยเดินทางด้วยตนเองอาจเกิดความยากลำบากในการเดินทางได้ เพราะผู้ป่วยบางรายมีปัญหาในเรื่องของการสื่อสารอย่างการพูดไม่ชัดหรือมีการใช้คำที่เข้าใจยาก อันเนื่องมาจากตัวโรคที่มีผลต่อสารสื่อประสาทในสมองแล้วส่งผลมายังการทำงานของความคิดและการทำงานทางด้านร่างกายอย่างกล้ามเนื้อต่าง ๆ ฉะนั้นเมื่อขาดการดูแลจากบุคคลรอบข้างจึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถไปพบแพทย์ได้ตามนัด ผลที่ตามคือการนำมาซึ่งการขาดยาในท้ายที่สุด การทานยาอย่างต่อเนื่องหรือตามแพทย์สั่งจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วยจิตเวช ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูล ได้กล่าวไว้

โรคทางจิตเวชหลาย ๆ โรค มันเป็นเรื่องเกี่ยวกับโรคของทางระบบประสาท อย่างโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว ถ้ามีการทานยาอย่างต่อเนื่อง มันจะสามารถควบคุมอาการทางจิตได้พอสมควร อาการก็จะคงที่ ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ พอไม่มีอาการกำเริบเนี่ย โอกาสที่จะก่อคดีก็จะน้อยลง เพราะมาจากอาการอย่างหุนหาว ประสาทหลอน ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ ดังนั้นการขาดยาจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้คนไข้กลับมาก่อความรุนแรงได้ การที่

คนไข้อาการแยกลง แล้วมากระทำผิดซ้ำเนี่ย ก็คือหนึ่งเลย คือการที่คนไข้ขาดยา ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ.2565)

คนไข้จะมีกลุ่มที่มีหวังกับกลุ่มที่หมดหวัง หมดหวังก็คือ รักษาไปเท่าไรก็วนไปเป็นแบบเดิม คนไข้ที่ก่อคดีมา มักจะก่อคดีเดิม ๆ คดีทำร้ายร่างกาย ยังมีหวาดระแวง อาจจะไปทำร้ายคนในครอบครัว หรือบางทีช่วงแรก ๆ ก็ยังดูแลยังไม่ประมาท แต่พอผ่านไป ก็เริ่มลดหย่อนจนกระทั่งขาดยา อาการกำเริบ แล้วก็ก่อคดีซ้ำ (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ.2565)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลที่ 4 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ.2565) ระบุว่า “ครอบครัวดูแลไม่ได้ ให้เขาทานยาไม่ได้ อาการก็จะกลับมากำเริบ” ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่ 6 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ.2565) กล่าวต่อด้วยว่า “ถ้าทานยาต่อเนื่องได้ ก็จะควบคุมตัวเองได้ อย่างเรือนจำคลองเปรมก็จะมีแดนจิตเวช ก็จะควบคุมง่ายในการทานยา” ดังนั้นพฤติกรรมที่จะช่วยให้อาการของผู้ป่วยนิติจิตเวชดีขึ้นได้ คือพฤติกรรมกรทานยาอย่างต่อเนื่อง ไปพบแพทย์ตามที่นัด และปฏิบัติตามคำแนะนำของสหวิชาชีพอย่างเคร่งครัด โดยคนรอบข้างอย่างคนในครอบครัวของผู้ป่วย หรือกระทั่งคนในชุมชนเดียวกันจะมีความสำคัญอย่างมากต่อการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยไม่ให้ขาดยาหรือการรักษา หากทำได้สำเร็จก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีเหมือนคนทั่วไปใช้ชีวิตร่วมกับ สังคมได้

### 3.3) การติดตามของชุมชนและสังคมมหาวิทยาลัย

แม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับการรักษาและต้องโทษจำคุกตามความผิดที่ตนก่อขึ้น จนได้รับการปล่อยตัวให้กลับสู่ชุมชน แต่ผู้ป่วยกลับต้องเผชิญกับการถูกกีดกันจากทางชุมชน และบางรายก็ถูกกีดกันจากคนในครอบครัวร่วมด้วย โดยพบว่ายิ่งคดีที่ผู้ป่วยก่อเหตุมีความรุนแรงและความเสียหายมากเท่าไร ยิ่งส่งผลต่อระยะเวลาของการถูกกีดกันจากครอบครัวหรือชุมชนยาวนานมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นแล้ว การติดตามของสังคมนี้ส่งผลให้ตัวผู้ป่วยขาดโอกาสที่จะพัฒนาและแสดงศักยภาพหรือตัวตนที่เขาปรับปรุงแก้ไขจากหน่วยงานภาครัฐ โดยผู้ให้ข้อมูลที่ 1 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2565) กล่าวว่า “ยิ่งคดีที่คนไข้ทำมีความรุนแรงมากเท่าไร ชุมชนก็ยังมีแรงต่อต้านการรับคนไข้กลับมาชุมชนมากเท่านั้น” หรือผู้ให้ข้อมูลที่ 3 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2565) ระบุว่า “เมื่อคนไข้กลับสู่ชุมชนแล้วกลับไปอยู่ไม่ได้ เพราะชุมชนมองว่า นี่ขนาดฆ่าคนตายยังกลับมาได้แค่ 4 ปี 5 ปี ขณะที่คนทั่วไปที่ฆ่าคนตายต้องไปติดคุกเป็น 10 ถึง 20 ปี” ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่ 4 (สัมภาษณ์

เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ.2565) กล่าวว่า “ การเตรียมชุมชนไม่ได้เตรียมเพียงแค่ครั้งเดียว แต่บางที่ ต้องเตรียมถึงสองถึงสามครั้งเลย ถ้ารุนแรงจริง ๆ อย่างคดีฆ่าคน ก็ต้องเตรียมหลายรอบ”

มีคนไข้ทางคนในครอบครัว คือคุณลุงของเขา เราบอกว่าเราจะมาเยี่ยมเขาเราจะมาดูแลคนในครอบครัวเพราะว่าเขาบอกว่าหลังก่อคดีเนี่ย ลูกหลานเนี่ยพยายามออกมาช่วยคุณลุงแล้วก็เห็นภาพเลือดเต็มถนนหน้าบ้านเลย เราคิดว่าเขาต้องมีปัญหา เขาต้องมีปัญหาสุขภาพจิต เราจะลงไปเยี่ยมเขาแต่ปรากฏว่า ชาวบ้านคุ้ยกันไปปากต่อปาก สุดท้ายเลย คนในครอบครัว เข้าใจว่าสถาบันกัลยาจะเอาคนไข้คนที่ก่อคดีเนี่ยมาส่งที่บ้านปรากฏว่าพอรอดูของเราไปจอด ซึ่งก็จะมามีทีมหมอทีมในซิเดนท์ลงไปเยี่ยมบ้านด้วยกันก่อนจะลงเนี่ยเขาก็กรูกันมาเลยคะวันนั้น (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ.2565)

ฉะนั้น สังคมจึงมีบทบาทอย่างมากต่อการเกิดพฤติกรรมส่วนบุคคล หากสังคมมีความเห็นชอบในพฤติกรรมของตัวบุคคลคนนั้น บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมที่สังคมต้องการ เพราะความเห็นชอบจากสังคมคือประโยชน์ทางจิตใจที่เขาได้รับ แต่หากสังคมไม่รู้สึกรู้เห็นชอบและตัดความหวังหรือทำลายกำลังใจไป บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำมาอีก

#### ตอนที่ 4 เครื่องมือและแนวทางในการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช

##### 4.1) กรมสุขภาพจิต

จากสถานการณ์ความรุนแรงที่มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยจิตเวชที่สูงขึ้น กรมสุขภาพจิตมีการเตรียมความพร้อมให้กับชุมชนก่อนส่งตัวผู้ป่วยคืน สำหรับการเตรียมชุมชนจะเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับ ผู้ดูแล ญาติ เพื่อนบ้าน แกนนำชุมชน รวมทั้งเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันของผู้ป่วยและชุมชนที่เขาอยู่ โดยขั้นตอนจะเริ่มด้วยการประเมินทัศนคติจากการรับฟังความคิดเห็นและมุมมองที่ชุมชนมีต่อผู้ป่วย ซึ่งปฏิกิริยาส่วนใหญ่ที่พบเจอเมื่อลงชุมชนครั้งแรกคือการไม่ยอมรับผู้ป่วย หวาดกลัว หรือระแวง ยิ่งคดีที่ผู้ป่วยก่อขึ้นมีความรุนแรงมากเท่าไร การยอมรับของชุมชนก็จะยิ่งต้องใช้เวลา นานมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นทางทีมวิชาชีพโดยกรมสุขภาพจิตจึงต้องอาศัยความถี่ในการลงเยี่ยมชุมชนจนเกิดถึงจุดหนึ่งก็จะเกิดการรับฟังของชุมชนขึ้น ซึ่งจุดนี้จะเป็นช่วงที่ทีมวิชาชีพจะเริ่มให้ความรู้ความเข้าใจโรคทางจิตเวชกับคนในชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้เข้าใจถึงธรรมชาติของโรคทางจิตเวชว่ามีลักษณะอาการที่แสดงออกมาอย่างไร พร้อมทั้งให้ชุมชนได้เทียบตัวตนของ

ผู้ป่วยก่อนที่เขาจะป่วยกับช่วงที่เอาได้ป่วยไปแล้ว เพื่อให้ชุมชนได้มองเห็นข้อดีในตัวของคนเหล่านี้ จากนั้นจึงประเมินวางแผนอีกครั้ง หากชุมชนเริ่มเปิดกว้างต่อผู้ป่วยมากขึ้น ทางเจ้าหน้าที่จะเตรียมความพร้อมในขั้นต่อไป โดยให้ผู้ป่วยมาทดลองอยู่กับชุมชนด้วยการจัดกิจกรรมหรือช่วยเหลือชุมชนในรูปแบบจิตอาสา แล้วเมื่อเสร็จสิ้นภารกิจในวันนั้น ทางทีมวิชาชีพจึงจะนำตัวผู้ป่วยกลับไปพักยังโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างตัวผู้ป่วยและคนในชุมชนผ่านทางกิจกรรมที่ทำร่วมกัน โดยมีเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพทางการแพทย์คอยกำกับดูแลไปด้วย การดำเนินงานนี้ไม่ใช่เพียงแต่ให้ผู้ป่วยเกิดความผูกพันกับคนในชุมชนเท่านั้น แต่ยังเป็นการให้ชุมชนหรือสังคมผูกพันกับผู้ป่วยผ่านกิจกรรมที่จะสร้างความผูกพันทางอารมณ์ ด้วยการทำประโยชน์ให้กับชุมชนเกิดความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งระหว่างกันด้วยความความผูกพัน และสัมพันธภาพที่ดีจะส่งเสริมให้ชุมชนลดการตีตราในผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีความหวังและเชื่อมั่นในตัวเองมากยิ่งขึ้น โดยผู้ให้ข้อมูลที่ 4 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ.2565) ระบุว่า “ในระหว่างการรักษาผู้ป่วย จะต้องมีการเตรียมความพร้อมครอบครัว ต้องทำให้ชุมชนเห็นว่าเป็นเพราะเจ็บป่วย โดยการให้ชุมชนเห็นข้อดีของคนไข้ให้ได้ก่อน ก่อนหน้านี้เขาเป็นไง แล้วอาการกำเริบเป็นไง ให้เห็นก่อนป่วยกับหลังป่วยแตกต่างกันหรือเป็นยังไง”

คนไข้ที่มาด้วยภาวะอันตราย แล้วได้รับปล่อยกลับสู่ชุมชนเมื่อกระบวนการรักษาเสร็จสิ้นแล้ว และอาการดี เราก็จะลงชุมชนไปสร้างความรู้ความเข้าใจ โดยไปเตรียมชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรุนแรง เราจะค่อย ๆ ให้คนไข้ ญาติ ชุมชน ปรับตัวเข้าหากัน โดยให้คนไข้ทดลองเข้าไปอยู่ในชุมชน ไปเยี่ยม ชุมชนบ้าง เพื่อให้ชุมชนเห็นว่าที่คนไข้ดีเนี่ย ดีจริงไหม เมื่อญาติเห็นการเปลี่ยนแปลงก็จะยอมรับแล้วให้กลับมาอยู่ที่บ้าน (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ.2565)

เราจะลงไปในชุมชน เพื่อดูว่าชุมชนมีมุมมองต่อโรคทางจิตเวชยังไง มองต่อคนไข้ยังไง มองครอบครัวคนไข้ยังไง แล้วตัวญาติเองมีความพร้อมที่จะดูแลคนไข้ได้ไหม เพื่อดูทางออกของเคสว่าจะทำยังไงต่อดี หากมีผู้ป่วยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงมาก ๆ ก็จะใช้กระบวนการทางชุมชนมาช่วยปรามพฤติกรรมที่ไม่พึงไม่ประสงค์ โดยมีประธานชุมชน อบต., รพ.สต., อสม. และญาติ โดยการวางแผนร่วมกันของเคสนี้ยังง (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2565)

แต่หากในกรณีที่ทางชุมชนยังคงไม่สามารถที่จะยอมรับในตัวผู้ป่วยได้ ทางหน่วยงานหรือวิชาชีพจะดำเนินการติดต่อสถานสงเคราะห์หรือชุมชนที่มีลักษณะของสภาวะอนามัยที่ดี โดยทั้งนี้จะมีทีมวิชาชีพคอยลงเยี่ยมที่พักของผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อสร้างพันธหรือสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีความหมายยิ่งขึ้น โดยผู้ให้ข้อมูลที่ 3 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2565) กล่าวว่า “หากชุมชนที่กลับไปแล้ว ไม่ได้ส่งเสริมให้คนไข้ต้องดูแลได้ด้วยตัวเอง แล้วยาเสพติดก็เยอะ เพราะฉะนั้นให้ผู้ป่วยอยู่ที่นี้ดูใหม่ แล้วดูว่าจะสามารถที่จะอยู่ในกฎเกณฑ์ แล้วก็สามารถที่จะพึ่งพาตัวเองได้ไหม โดยให้อยู่ในโครงการจัดจ้างหางานของสถาบัน” และผู้ให้ข้อมูลที่ 4 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ.2565) ระบุว่า “บางครั้งประเมินชุมชนแล้วเขาไม่รับแน่นอน ยังไงก็ไม่รับ เราก็จะประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมด้วย”

#### 4.2) กรมราชทัณฑ์

เช่นเดียวกับกรมราชทัณฑ์ ที่พัฒนาระบบการแก้ไขพัฒนาพฤตินิสัยให้แก่ผู้กระทำความผิดซึ่งถือเป็นภารกิจหลักควบคู่กับการควบคุมผู้ต้องขังอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีพื้นฐานมาจากความคิดที่ผู้กระทำผิดเป็นผู้ที่สามารถแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีได้หากได้รับโอกาส หรือกระทั่งโปรแกรมการบำบัดสำหรับความผิดที่ได้รับการตัดสิน ทั้งนี้หากผู้ต้องขังเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ทางเรือนจำจะมีการดำเนินการติดต่อกับญาติผู้ต้องขังเพื่อพูดคุยสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจในโรคทางจิตเวช รวมทั้งการดูแลรักษา แต่หากผู้ต้องขังไม่มีญาติให้ติดต่อ ทางเรือนจำจะติดต่อสถานสงเคราะห์หรือบ้านพักให้กับผู้ต้องขัง จากนั้นจึงดำเนินการส่งต่อด้านข้อมูล การเจ็บป่วยกับโรงพยาบาลในพื้นที่ผู้ให้ข้อมูลที่ 6 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ.2565) ระบุว่า “ในโรงพยาบาลราชทัณฑ์ก็จะมีโปรแกรมการบำบัดให้กับผู้ต้องขังที่อยู่ในวอร์ดจิตเวชเช่นกัน”

ทางเรือนจำจะมีโปรแกรมการบำบัดแก้ไขพฤติกรรม โดยเป็นวิชาความรู้ที่มีความเหมาะสมตามแต่ละประเภทความผิด อย่างคดีเพศ คดีลักทรัพย์ โดยวิทยากรที่เชิญมาแทบจะเป็นสหวิชาชีพ แล้วยังมีฝึกอาชีพจากกรมจัดหางาน ครบทุกวงจร” “มีการเตรียมความพร้อมญาติ วิธีการทานยา วิธีการดูแล วิธีการสังเกตอาการของความผิดปกติ ซึ่งจะต้องรีบเกลี้ยกล่อมให้ไปพบแพทย์ ก่อนที่เขาจะทำร้ายคนอื่นหรือตัวเอง (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ.2565)



ปัจจุบัน ภายในเรือนจำจะมีคลินิกคลายเครียด ทุกเรือนจำที่เขาจะต้องทำทุกเดือน ซึ่งจะทำ อาทิตย์ละทีครั้ง โดยเป็นทั้งผู้ต้องขังทั่วไปหรือมีจิตเวช มาทำกิจกรรม เพื่อส่งเสริมและบำบัด ความเครียด โดยอาจจะเป็นดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัดก็ได้ โดยนักจิตวิทยาหรือพยาบาล ประจำเรือนจำ” “ในผู้ต้องขังที่มีโรคทางจิตเวช ทางเรือนจำก็จะมีการคัดกรองก่อนออกหรือ ส่งต่อด้วย เพื่อแจ้งสถานพยาบาลที่จะส่งต่อ (ผู้ให้ข้อมูลที่ 7 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ.2565)

## ตอนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิต จิต เวช

### 5.1) ปัญหาด้านยาเสพติด

ปัญหา ยาเสพติด นับว่าเป็นปัญหาที่เรื้อรังและมีมานาน ยิ่งในปัจจุบันที่สถานการณ์ยา เสพติดค่อนข้างมีราคาถูก และสารเสพติดบางชนิดเองก็ถูกปลดล็อค ทำให้ค่อนข้างมีการหาขายที่มาก ขึ้น ยาเสพติดจึงเป็นอีกหนึ่งสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงหรือแสดงความ ก้าวร้าวกลับมากำเริบซ้ำ อีกทั้งยังทำให้เกิดผู้ป่วยจิตเวชหน้าใหม่ร่วมด้วย โดยผู้ให้ข้อมูลที่ 2 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ.2565) ระบุว่า “คนไข้บางคนขาดยา แล้วก็ไปใช้ยาเสพติด ก็จะมี การไปก่อคดีซ้ำ” ในผู้ให้ข้อมูลที่ 3 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2565)กล่าวว่า “โดยส่วนใหญ่ คนไข้ที่มีการใช้ยาเสพติดยังสัมพันธ์กับปัญหาอาชญากรรมอื่น อย่างลักทรัพย์ เพราะคนไข้มักจะขโมย ของเพื่อเอาไปขาย แล้วนำเงินไปซื้อยาเสพติด หรือเป็นคดียี่ทำร้ายผู้อื่น” และผู้ให้ข้อมูลที่ 4 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ.2565) “พอไปถึงบ้าน บางรายยังไม่ถึงบ้านด้วย พอกลับไปก็ใช้ เหล้าใช้สารเสพติดเลย พอใช้สิ่งเหล่านี้ก็จะขาดยา ไม่กินยา”

ต่อให้ผู้ป่วยของเราจะมีพฤติกรรมทานยาอย่างต่อเนื่องที่ดี แต่หากเสพยา ไม่ว่าจะเป็ดยาบ้า กัญชา การดื่มเหล้า กระท่อม ยาเค ซึ่งทุกวันนี้ก็ยังแพร่ระบาดอยู่แล้วก็ยังควบคุมไม่ได้ ก็จะมีโอกาสที่จะมีอาการกำเริบ หรือในแม่แต่ในคนธรรมดาที่เสพยาเข้าไปก็ควบคุมอารมณ์ ตัวเองไม่ได้แล้ว ในคนไข้จิตเวชเนี่ยยังมีความแปรปรวนกับเรื่องสารเสพติด เสพไปอาการก็ อาจกำเริบได้ง่าย และมักจะรุนแรงกว่าอาการทางจิตล้วน ๆ เพราะยาเสพติดจะมีฤทธิ์กระตุ้น ประสาท หลอนประสาท ก็จะยิ่งให้อารทางจิตหนักขึ้นไปอีก (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1 สัมภาษณ์เมื่อ วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ.2565)

## 5.2) ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตของประชาชน

พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังคงขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของโรคทางจิตเวชว่ามีลักษณะอย่างไร อาการเป็นอย่างไร และอาการแบบไหนที่ควรส่งพบแพทย์ หรือแม้แต่วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เมื่อประชาชนขาดความรู้ เข้าใจในเรื่องดังกล่าว จึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ที่ประสบปัญหาการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชนั้นไม่ไวพ้อที่จะยับยั้งหรือป้องกันไว้ได้ จึงเกิดความสูญเสียเกิดขึ้นมากมายทุกครั้งที่มีปัญหา ดังนั้นแล้วการสร้างความรู้ความเข้าใจในประชาชนจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ควรเริ่มตั้งแต่โรงเรียนไปจนถึงการให้ความรู้ตามที่สาธารณะ เมื่อเกิดความรู้ความเข้าใจ ก็จะนำไปสู่ความไวที่จะป้องกันการเกิดเหตุสูญเสียขึ้น หรือกระทั่งช่วยในเรื่องของการลดการตีตราผู้ป่วยทั้งที่ก่อคดีและไม่ก่อคดี โดยผู้ให้ข้อมูลที่ 2 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ.2565) ระบุว่า “ผู้ป่วยมีสัญญาณเตือน แต่ด้วยลักษณะความเป็นจิตเวช มีความยุ่งยากซับซ้อน ไม่เข้าใจอาการก็จะไม่รู้ว่าเป็นอาการเตือน สัญญาณเตือน แม้แต่ในสาธารณสุขเองด้วย” ในผู้ให้ข้อมูลที่ 3 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2565) กล่าวว่า “คนไข้มีพฤติกรรมพูดแบบนี้ ซ้ำ ๆ หลายประโยค ซึ่งญาติไม่ไวพ้อที่จะจับส่งได้” และในผู้ให้ข้อมูลที่ 6 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ.2565) “การประสานญาติควรประสานตั้งแต่ต้น ถ้าเขาทำผิดแล้วเราประสานแต่ต้นและต่อเนื่อง สร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลระหว่างญาติกับผู้ต้องขัง”

## 5.3) ปัญหาเชิงระบบและโครงสร้าง

บุคคลกรด้านสุขภาพจิตมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ต้องขัง ปัญหานี้ส่งผลให้บุคคลกรไม่สามารถดูแลรักษาได้อย่างทั่วถึง เพราะปริมาณงานที่มีมากเกินไปของบุคลากร โดยเจ้าหน้าที่หนึ่งจะต้องทำงานนอกเหนือจากกรอบหน้าที่ของตนเอง อาทิ พยาบาลที่มีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งมีภาระงานอยู่อย่างการ วัดความดันโลหิต การซักถามประวัติการเจ็บป่วย หรือกระทั่งการให้ยารักษา แต่เมื่อเจ้าหน้าที่ไม่พอ พยาบาลก็ต้องมาทำหน้าที่ในการนำกิจกรรมโปรแกรมการบำบัด หรือนักจิตวิทยาที่มีหน้าที่ในการบำบัดและตรวจทางจิตวิทยาของคนไข้ เมื่อวิชาชีพอื่นไม่เพียงพอ นักจิตวิทยาก็จะต้องมาช่วยงานอย่างการวัดความดัน การจัดยา การทำแผลรักษา ซึ่งแต่ละวิชาชีพที่มีอยู่ก็ต้องทำหน้าที่ในวิชาชีพที่ขาดแคลนไป ทั้งที่ไม่ใช่ภารกิจของตน ดังนั้นบุคลากรที่อยู่จึงต้องรับผิดชอบมากขึ้น ผลคือประสิทธิภาพในการรักษาลดน้อยลง โดยผู้ให้ข้อมูลที่ 5 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ.2565) กล่าวว่า “บางเรือนจำมีนักจิตวิทยา 1 คน ดูแลผู้ต้องขัง 5,000 กว่าคน บางที่ไม่มีเลย บุคลากรน้อย หรือบางที่มีนักจิตวิทยา แต่ไม่มีแพทย์ และบางที่ก็มีแค่พยาบาลอย่างเดียว ทำให้งานโอเวอร์โหลดหรือล้นมือ” และผู้ให้ข้อมูลที่ 6 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ.2565) “จำนวนผู้ต้องขังเยอะ แต่เจ้าหน้าที่น้อย ดูแลได้ไม่ทั่ว”

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช ศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อการป้องกันการกระทำผิดในผู้ป่วยนิติจิตเวช เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาข้อมูลจากการค้นคว้าทางเอกสาร รายงานข้อมูลสถิติทางระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชที่พบในผู้ป่วยนิติจิตเวชที่กระทำผิดซ้ำ และใช้การสัมภาษณ์ผ่านเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับงานด้านนิติจิตเวชภายใต้สังกัดกรมสุขภาพจิตและเจ้าหน้าที่กรมราชทัณฑ์ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่ออธิบายถึงเหตุและผลของการเกิดพฤติกรรมกระทำผิดซ้ำ มาตรการและโปรแกรมในการเฝ้าระวังและป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยเพื่อเข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนเพื่อหาแนวทางพัฒนาการป้องกันการกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวชต่อไป

#### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถตอบคำถามหรือวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

##### 1.1 ผู้ป่วยนิติจิตเวชมีรูปแบบและลักษณะอย่างไร

ปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบหรือจัดลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยนิติจิตเวชได้ในปัจจุบัน โดยผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำความผิดจะถูกตัดสินตาม ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน” บุคคลวิกลจริตนั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่อย่างไรก็ตามศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้ ดังนั้นในประเทศไทย ผู้ป่วยนิติจิตเวชนั้นจึงมีเพียงรูปแบบลักษณะเดียว คือ บุคคลที่มีอาการผิดปกติทางจิตเนื่องจากไม่สามารถรู้ผิดชอบขณะกระทำความผิดได้

#### อภิปรายผลการศึกษา

ปัจจุบัน ผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำความผิดจะถูกตัดสินตาม ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน” บุคคลวิกลจริตนั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่อย่างไรก็ตาม

ตามศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้ ดังนั้นในประเทศไทย ผู้ป่วยนิติจิตเวชนั้นจึงมีเพียงรูปแบบลักษณะเดียว คือ บุคคลที่มีอาการผิดปกติทางจิตเนื่องจากไม่สามารถรู้ผิดชอบขณะกระทำความผิดได้ แต่ขณะที่ในต่างประเทศอย่างอังกฤษ มีการแบ่งประเภทของผู้ป่วยนิติเวชไว้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ 1) Severe mental impairment หมายถึง บุคคลที่การพัฒนาทางจิต บกพร่องหรือไม่สมบูรณ์ รวมทั้งความบกพร่องของเขาวัวปัญญา และบกพร่องใน การปรับตัวเข้ากับสังคม 2) mental impairment หมายถึง บุคคลที่การพัฒนาทางจิตบกพร่องหรือ ไม่สมบูรณ์ รวมทั้งมีความบกพร่องอย่างชัดเจนทาง เขาวัวปัญญาและการปรับตัวให้เข้ากับสังคม เช่น บุคคลปัญญาอ่อนซึ่งมีระดับเขาวัวปัญญาต่ำเกณฑ์ และ 3) psychopathic disorder หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติต่อเนื้อหรือความไม่สามารถของจิตใจ ซึ่งมีผลให้เกิดความก้าวร้าวที่ผิดปกติ มีความผิดปกติทางจิตแบบก้าวร้าว รุนแรงและขาดจริยธรรม (จารูวรรณ อมรศิลสวัสดิ์, 2558) ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทางจิตแต่ยังคงมีสติสัมปชัญญะหรือมีการรับรู้ความเป็นจริงได้ที่กระทำความผิดในประเทศไทย อาจไม่ได้เข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องเท่าที่ควร แต่ถูกส่งไปยังเรือนจำโดยตรง ทำให้ขาดการดูแลรักษาและเข้ารับการแก้ไขอย่างถูกต้องที่ควร

## 1.2 ปัญหาและอุปสรรคต่อการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวชเป็นอย่างไร

จากการศึกษาปัญหาและอุปสรรค สามารถแบ่งออกเป็น 2 ข้อใหญ่ได้ดังนี้

### 1.2.1 ปัจจัยและสาเหตุของปัญหาการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช

ความเครียด ความกดดัน ความซับซ้อนใจ

พบว่า สภาพแวดล้อมครอบครัวและชุมชน นับว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระยะยาวของผู้ป่วยเองเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยนิติจิตเวชที่กลับมากระทำความผิดซ้ำ มักเริ่มจากปัญหาความซับซ้อนใจหรือความขัดแย้งมาก่อน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดยิ่งขึ้น ตลอดจนเมื่อมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะหาทางแก้ไขหรือจัดการกับปัญหานั้นได้พร้อมทั้งขาดคนที่จะช่วยแนะนำแนวทางหรือหาทางแก้ไขร่วมกัน จึงก่อให้เกิดเป็นความเครียดสะสมหรือบางรายเป็นความเครียดเรื้อรังไม่สามารถจัดการได้แม้จะแก้ปัญหที่เกิดขึ้นได้แล้ว ผลที่ตามมาคือการขาดแรงจูงใจที่จะรักษา จึงมีปัญหาในเรื่องของการขาดยาหรือกินยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง หลังจากหยุดรักษาด้วยตัวเอง โรคจิตเวชก็จะกลับมากำเริบ เมื่ออาการกำเริบก็มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมความรุนแรงกับบุคคลที่ตนรู้สึกคับข้องใจหรือขัดแย้งได้

### การขาดยา

ผู้ป่วยขาดการดูแลจากบุคคลรอบข้างอย่างครอบครัวหรือชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เนื่องจากการขาดยานั้นมักพบว่ามีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้ไปพบแพทย์ตามที่มีการนัดหมายกันไว้ อันเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง เพราะผู้ป่วยนิติจิตเวชโดยมากมักมีข้อจำกัดในเรื่องของการสื่อสารหรือพฤติกรรมที่เคลื่อนไหวที่ผิดปกติอันเนื่องมาจากตัวโรคทางจิตเวชที่มีผลต่อสมองแล้วส่งผลไปยังการทำงานของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของผู้ป่วย จากอาการเหล่านี้จึงเป็นไปได้ยากที่ตัวผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเดินทางหรือช่วยเหลือตนเองได้อย่างคนทั่วไป ดังนั้นพฤติกรรมที่จะช่วยให้อาการของผู้ป่วยนิติจิตเวชดีขึ้นได้ คือ พฤติกรรมการทานยาอย่างต่อเนื่อง ไปพบแพทย์ตามที่นัด และปฏิบัติตามคำแนะนำของสาขาวิชาชีพอย่างเคร่งครัด โดยให้มีบุคคลคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด คอยมันส์สังเกตและสอบถามเพื่อแสดงถึงความห่วงใย เพราะหากทำได้สำเร็จ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีเหมือนคนทั่วไป ใช้ชีวิตร่วมกับสังคมได้ เพราะการทานยาจะช่วยปรับการทำงานของเคมีในสมองให้มีความสมดุลยิ่งขึ้น

### การตีตราของชุมชนและสังคม

ปัจจัยอย่างสภาพแวดล้อมทางสังคม ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดและคงอยู่ของพฤติกรรม โดยในชุมชนหรือสังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยนิติจิตเวช อันเนื่องมาจากอาชญากรรมที่ตัวผู้ป่วยเคยได้กระทำไว้เมื่อครั้งอดีต ส่งผลให้เกิดการตีตราขึ้นในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยการตีตราจะคงอยู่เป็นระยะเวลายาวนานเท่าไรนั้นขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงในการก่อเหตุของผู้ป่วย ยังมีความเสียหายหรือการเสียชีวิตเกิดขึ้น ก็ยังมีการตีตราในตัวผู้ป่วยที่รุนแรงและยาวนานมากกว่าคดีที่ผู้ป่วยก่อเหตุแบบไม่รุนแรง แต่ทั้งนี้ไม่สามารถกำหนดเป็นระยะเวลาที่ตายตัวได้ ดังนั้นจากการตีตราต่อนี้ ผู้ป่วยจึงมักถูกกีดกันทางสังคมหรือจากกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชน ผู้ป่วยจึงต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง ขาดแรงจูงใจที่จะรักษาตนเองให้ดียิ่งขึ้น ขาดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้คน ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยหลักของความต้องการในมนุษย์อย่างการเข้าสังคมหรือกระทั่งปัจจัยที่จะไม่ก่ออาชญากรรมด้วย

### อภิปรายผลการศึกษา

จากข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยนิติจิตเวชที่กลับมากระทำความผิดซ้ำ มักเริ่มจากปัญหาความขัดข้องใจหรือความขัดแย้งมาก่อน โดยมาจากสภาพแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วยอย่างครอบครัวหรือชุมชน ดังนั้นแล้ว ผู้ป่วยจะหายดีขึ้นหรือกลับมามีอาการกำเริบซ้ำหรือไม่ ปัจจัยอย่างสภาพแวดล้อมทางสังคม จึงเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักสำคัญที่มีผลต่อการเกิดและคงอยู่ของพฤติกรรม โดยในชุมชนหรือสังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยนิติจิตเวช อันเนื่องมาจาก

อาชญากรรมที่ตัวผู้ป่วยเคยได้กระทำไว้เมื่อครั้งอดีต ส่งผลให้เกิดการตีตราขึ้นในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ผู้ป่วยจึงมักถูกกีดกันทางสังคมหรือจากกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชน ขาดการได้รับการดูแลที่ดีจากคนรอบข้างตลอดจนขาดการสนับสนุน ผู้ป่วยจึงต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง ขาดแรงจูงใจที่จะรักษาตนเองให้ดียิ่งขึ้น หรือคนที่ช่วยดูแลตนเอง ดังนั้นแม้ภาครัฐจะมีความเข้าใจที่มากขึ้น แต่หากสังคมยังขาดความเข้าใจและตีตราผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีว่าเป็นอาชญากรที่แก้ไขไม่ได้ ก็อาจส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมากระทำผิดซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มความรุนแรงในอนาคต (Kevin Douglas et al., 2013) นอกจากนี้ แกเบียล ทาเด (Gabriel Tarde, 1843–1904) ที่เป็นผู้นำเสนอทฤษฎีการตีตรา (Labeling Theory) ได้เสนอแนวความคิดว่าการตีตราจะเกิดขึ้นเมื่อมีการกระทำผิดในครั้งแรกและมีการถูกส่งเข้าสู่กระบวนการของระบบยุติธรรมของสังคมหรือสถาบันนั้น ๆ ซึ่งถือเป็นการถูกกำหนดว่าบุคคลนั้นเป็นอาชญากร จากนั้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการรับรู้ของสังคม

ในขณะที่ทางฝั่งจิตวิทยาได้มองถึงสาเหตุการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ในรูปแบบที่คล้ายกัน เพราะการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้แสดงออกทางพฤติกรรมออกมา ย่อมต้องมีสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ ขึ้น ซึ่ง เคิร์ต เลอวิน (Kurt Lewin, 1951) ที่พยายามศึกษาสาเหตุการเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ได้เสนอทฤษฎีที่ชื่อว่า ทฤษฎีสถาน (Field Theory) ว่าพฤติกรรมของมนุษย์ล้วนแต่เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับสภาพแวดล้อมรอบตัวของบุคคลคนนั้น ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความร้อน ความแออัด หรือกระทั่งสภาพแวดล้อมทางจิตวิทยา เช่น วัฒนธรรม ประเพณี บรรทัดฐานของกลุ่ม ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีความเครียด มักจะมีผลที่ตามมาคือการขาดแรงจูงใจที่จะรักษา จึงมีปัญหาในเรื่องของการขาดยาหรือกินยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง หรือกระทั่งไม่มาพบแพทย์ตามที่มีการนัดหมายไว้ ดังนั้นแล้วเมื่อมีการหยุดรักษาด้วยตัวเอง โรคทางจิตเวชก็จะกลับมากำเริบอีกครั้ง และเมื่ออาการกำเริบก็มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมความรุนแรงกับบุคคลที่ตนรู้สึกคับข้องใจหรือขัดแย้งได้ เพราะด้วยตัวโรคทางจิตเวชที่ทำให้สติสัมปชัญญะลดลง อีกทั้งอาการประสาทหลอนอย่างหูแว่วหรือภาพหลอนที่อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะลงมือ ตลอดจนเกิดอาการหวาดระแวงต่อผู้คนรอบข้าง จากทฤษฎีโดย จอห์น ดอลลาร์ด และคณะ (John Dollard et al., 1939) ที่กล่าวว่า “ไม่ว่าความคับข้องใจนั้นจะเกิดจำนวนสักน้อยนิดหรือมากมายเพียงใดก็ตาม ย่อมจะต้องนำไปสู่การแสดงออกถึงความก้าวร้าวเสมอ” และ ฟรอยด์ (Freud, 1856-1939) ได้เสนอถึงความก้าวร้าว ไว้ 2 รูปแบบ

1. ความก้าวร้าวต่อผู้อื่น ทั้งนี้เพราะทุกคนจะมีพลังในการปกป้องตนเอง เมื่อบุคคลเกรงว่าผู้อื่นจะก้าวร้าวต่อตนเอง บุคคลนั้นก็มักจะก้าวร้าวต่อผู้อื่นก่อนเสมอ เช่น การตีศรีษะหรือแทงผู้อื่นก่อน เพราะเกรงว่าผู้อื่นจะตีหรือทำร้ายตน เป็นต้น

2. ความก้าวร้าวต่อตนเอง โดยปกติแล้วบุคคลมักจะมีพลังในการทำร้ายตนเองเอง เช่น การทุบอกตนเอง การอดอาหารเมื่อโกรธคู่แข่ง เป็นต้น

ซึ่งการขาดยาหรือหยุดยาเองนั้นถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เข้าข่ายในประเด็นความก้าวร้าวต่อตนเอง ทั้งนี้ ผู้ที่ถูกผู้ป่วยลงมือก็มักจะเป็นบุคคลที่มีความขัดแย้งกับผู้ป่วยเองเป็นปัจจัยพื้นฐานเดิมอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งสะท้อนทฤษฎีความก้าวร้าวเกิดจากแรงขับ (Drive theories of aggressive) โดย จอห์น ดอลลาร์ด และคณะ (John Dollard et al., 1939) ที่ได้เสนอว่า สถานการณ์ภายนอกโดยเฉพาะสถานการณ์ที่สร้างความคับข้องใจ (Frustration) ทำให้บุคคลเกิดแรงขับที่จะทำร้ายผู้อื่น ไม่ว่าจะความคับข้องใจนั้นจะเกิดจำนวนสักน้อยนิดหรือมากมายเพียงใดก็ตามย่อมจะต้องนำไปสู่การแสดงออกถึงความก้าวร้าวเสมอ โดยลักษณะการแสดงออกของความก้าวร้าวนี้เป็นลักษณะของความก้าวร้าวต่อผู้อื่น

### 1.2.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช

#### ปัญหาด้านยาเสพติด

ยาเสพติดเป็นอีกหนึ่งสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงหรือแสดงความก้าวร้าวกลับมากำเริบซ้ำ อีกทั้งยังทำให้เกิดผู้ป่วยจิตเวชหน้าใหม่ร่วมด้วย โดยสาเหตุการใช้ยาเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชนั้นมาจากการที่ตัวบุคคลนั้นไม่สามารถที่จะแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจของเขาจนก่อเกิดเป็นความเครียดสะสมหรือเรื้อรังมาเป็นระยะเวลาอย่างยาวนาน ผู้ป่วยไร้ซึ่งความสุข ต้องอยู่กับความกดดัน จึงตัดสินใจหันมาใช้ยาเสพติดเพื่อสร้างความเพลิดเพลินและความรู้สึกดี ซึ่งยาเสพติดมีออกฤทธิ์ให้ผู้ใช้ได้ในทันที แต่เมื่อมีการใช้ระยะเวลาอย่างยาวนาน ผลที่ตามมา คือ การเสพติดจนต้องเพิ่มปริมาณการใช้ให้มากยิ่งขึ้น และยังคงส่งต่อทางสมองจนเกิดความเสียหายได้อย่างถาวร

#### ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตของประชาชน

ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของโรคทางจิตเวชว่ามีลักษณะอย่างไร อาการเป็นอย่างไร และอาการแบบไหนที่ควรส่งพบแพทย์ หรือแม้แต่วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จึงทำให้ผู้คนที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย โดยพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วยซึ่งมีสาเหตุมาจากตัวโรค แต่เมื่อประชาชนไม่เข้าใจหรือไม่ทราบ จึงมีการแสดงออกหรือมองว่าผู้ป่วยนั้นเป็นคนแปลกหรือดูน่าหวาดกลัว

### ปัญหาเชิงระบบและโครงสร้าง

บุคคลกรด้านสุขภาพจิตมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ต้องขังหรือแม้แต่ในผู้ป่วยในสถานพยาบาล เพราะปริมาณงานที่มีมากเกินไปเกินศักยภาพของบุคลากร ผลคือประสิทธิภาพในการรักษาลดน้อยลงปัญหา นี้ส่งผลให้บุคคลกรไม่สามารถดูแลรักษาได้อย่างทั่วถึงหรือทำให้เกิดประสิทธิภาพได้อย่างที่ควร จะเกิดขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยบางส่วนต้องใช้ระยะเวลาในการรักษามีนานขึ้น หรือผู้ต้องขังบางรายไม่ได้รับการ ดูแลบำบัดและแก้ไขได้เท่าที่ควร เมื่อผู้ต้องขังได้รับการปล่อยตัวจึงเป็นบุคคลที่ไม่ได้รับการแก้ไข อย่างที่ควรเป็น

### 1.3 การพัฒนาแนวทางการป้องกันการกระทำคามผิดของผู้ป่วยนิติจิตเวชได้อย่างไรบ้าง

จากการทบทวนเอกสารและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในงานด้าน นิติจิตเวชปัจจุบันนั้น ได้แก่ กรมสุขภาพจิตและกรมราชทัณฑ์ ต่างมีเครื่องมือที่ใช้ในการแก้ไขและ บำบัดพฤติกรรม โดยมีลักษณะ ดังนี้

#### กรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตมีการเตรียมความพร้อมให้กับชุมชนก่อนส่งตัวผู้ป่วยคืน สำหรับการเตรียม ชุมชนจะเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับ ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน แกนนำชุมชน รวมทั้งเครือข่ายใน พื้นที่ เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธ์ที่ระหว่งกันของผู้ป่วยและชุมชนที่เขาอยู่ โดยขั้นตอนจะเริ่มด้วยการ ประเมินทัศนคติจากการรับฟังความคิดเห็นและมุมมองที่ชุมชนมีต่อผู้ป่วย ไปจนถึงในขั้นตอนการให้ ผู้ป่วยทดลองอยู่ชุมชน โดยทั้งนี้จะมีการจัดทำกิจกรรมร่วมกันระหว่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน และผู้ป่วย

#### กรมราชทัณฑ์

กรมราชทัณฑ์ได้พัฒนาระบบการแก้ไขพัฒนาพฤตินิสัยให้แก่ผู้กระทำความผิดซึ่งถือเป็น ภารกิจหลักควบคู่กับการควบคุมผู้ต้องขังอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดการศึกษา การฝึกวิชาชีพ การจัดนันทนาการ การให้การศึกษารอบรมทางศิลปกรรม หรือกระทั่งโปรแกรมการบำบัดสำหรับ ความผิดที่ได้รับการตัดสิน ทั้งนี้หากผู้ต้องขังเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ทางเรือนจำจะมีการดำเนินการ ติดต่อกับญาติผู้ต้องขังเพื่อพูดคุยสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจในโรคทางจิตเวช รวมทั้งการดูแลรักษา ร่วมด้วย



## อภิปรายผลการศึกษา

อันเนื่องมาจากการพบปะกับผู้ป่วยจิตเวชแบบซึ่งหน้าและมีกิจกรรมร่วมกันกับสังคมจะช่วยลดการตีตราได้ดีกว่าการให้ความรู้หรือเปิดสื่อวีดิทัศน์ให้รับชม (เบญจพร ปัญญา และ ชุศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, 2558) ทางกรมสุขภาพจิตจึงเน้นการทำกิจกรรมระหว่างชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่กับตัวผู้ป่วยเอง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน พร้อมทั้งเป็นการทดลองอยู่ชุมชนของทั้งสองฝ่ายด้วย

ขณะที่ทางฝั่งกรมราชทัณฑ์ได้มีการพัฒนาวิธีการเพื่อเป็นเครื่องมือในการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดแต่ละกลุ่มแต่ละประเภทความผิดตามความจำเป็นและความเหมาะสมโดยเครื่องมือการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดความผิดโดยใช้ปฏิบัติกับผู้ต้องขังทั่ว ๆ ไป ได้แก่ การจัดการศึกษา การฝึกวิชาชีพ การจัดนันทนาการ การให้การศึกษารอบรมทางศีลธรรม (อัศครุ ไชยพงษ์, วชิรวิษณุ อิทธิธนาศุภวิษณุ และ นิรมล ยินดี, 2562)

ฉะนั้น จากวิธีการข้างต้นของทั้งสองหน่วยงาน แสดงถึงแนวความคิดของทฤษฎีพันธะทางสังคม (Social Bonds Theory) โดย ทราวิส เฮอร์ชี (Travis Hirschi, 1969) ที่มีสมมุติฐานที่ว่าโดยธรรมชาติแล้ว มนุษย์มีแนวโน้มที่พร้อมจะกระทำความผิดได้เสมอ แต่เพราะเหตุใดมนุษย์บางคนจึงเลือกจะทำและบางคนก็เลือกจะไม่ทำ ยิ่งระดับการควบคุมทางสังคมและเครือข่ายความผูกพันระหว่างบุคคลหรือสังคมมีความแข็งแกร่งขึ้นมากเท่าไร ผู้คนก็มีแนวโน้มที่จะประพฤติตนตามบรรทัดฐานทางสังคมที่ตนเองอยู่มากขึ้นเท่านั้น ทฤษฎีจึงถูกนำมาใช้อธิบายถึงแนวทางการป้องกันการเกิดอาชญากรรม โดยควบคุมแรงขับนี้ได้ด้วยหลักการ 4 ประการ ดังนี้

1) ความผูกพัน (Attachment) หมายถึงสภาวะทางอารมณ์ และความรู้สึกของคนเราที่กังวลใจหรือห่วงต่อความรู้สึกของผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง เพื่อนและคนอื่น ๆ ทั้งที่บ้าน โรงเรียนหรือกระทั่งสถานที่ทำงาน โดยกระบวนการนี้สะท้อนให้เห็นถึงการได้รับการขัดเกลาทางสังคมที่ดีของคน ๆ นั้น

2) ข้อผูกมัดหรือพันธะ (Commitment) หมายถึงการที่คนเราได้ทุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจ ลงไปในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น การศึกษา อาชีพการงาน เกียรติยศและชื่อเสียง

3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Involvement) หมายถึงการที่คนเราได้เข้าไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นธรรมเนียมปฏิบัติของสังคม

4) ความเชื่อทางสังคม (Belief) หมายถึงความเชื่อมั่นในเรื่องระเบียบกฎเกณฑ์ของสังคม ตลอดจนไปถึงความเชื่อทางศาสนาและศีลธรรมในสังคมนั้น ๆ

### 1.3.1) การเสนอแนวทางการพัฒนา

#### การพัฒนาสถานพยาบาลที่มีความเฉพาะด้าน

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีรูปแบบการรักษาและลงโทษในผู้ป่วยนิติจิตเวชแบบแยกส่วนกัน โดยผู้กระทำความผิดจะต้องได้รับโทษและได้รับการรักษาทั้งสองอย่าง ซึ่งขั้นตอนนี้ ผู้กระทำความผิดจะถูกส่งตัวไปยังสถาบันกัลยาราชนครินทร์เพื่อทำการรักษา จากนั้นเมื่อกระบวนการรักษาเสร็จสิ้น จึงมีการส่งต่อเข้าสู่เรือนจำเพื่อจำคุก หรือในบางรายก็ถูกส่งเข้าสู่เรือนจำก่อน จากนั้นถึงถูกส่งมายังสถาบันกัลยาราชนครินทร์ แต่ทว่าสภาพแวดล้อมภายในเรือนจำไม่มีความอำนวยความสะดวกต่อการรักษาตัวให้หายดีจากสุขภาพจิต จึงควรมีการจัดตั้งโรงพยาบาลที่มีความเฉพาะทางในประเด็นนี้ ซึ่งต้องมีความครอบคลุมในส่วนของ การรักษาและการลงโทษตามแนวทางของ Classical School ดังเช่น ในต่างประเทศหลาย ๆ ประเทศ มีการก่อตั้งสถาบันหรือโรงพยาบาลสำหรับการแก้ไขผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติในระดับของจิตใจ โดยรูปแบบการบำบัดรักษานั้นจะมีลักษณะแบบการบำบัดฟื้นฟูร่วมสมัย โดยเป็นการใช้วิธีการการลงโทษทั้งในรูปแบบของทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน (Retributive Theory) และทฤษฎีการลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้ง (Deterrence Theory) ซึ่งเป็นการจำกัดเสรีภาพด้วยห้องขังแก่ผู้กระทำความผิดและเป็นการดึงเขาออกจากสังคมเพื่อให้เกิดความปลอดภัย แต่เชื่อว่าจะทิ้งเขาไว้ในนั้น เพราะระหว่างกักขังควรมีโปรแกรมการบำบัดและฟื้นฟูให้กับผู้กระทำความผิดตามทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟู (Rehabilitative Theory) และทฤษฎีทางจิตวิทยา โดยผู้ป่วยต้องได้ปฏิบัติตามทางการแพทย์จนครบกำหนดของระยะเวลาการลงโทษโดยศาล ทั้งนี้สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลจะต้องแตกต่างจากเรือนจำ โดยมีลักษณะทางกายภาพภายในโรงพยาบาลที่เอื้อต่อสภาพจิตใจบนพื้นฐานองค์ความรู้ด้านนิเวศบำบัด อย่างเช่น ประเทศอังกฤษ ได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลประเภท high-security psychiatric hospital ขึ้นเพื่อรับมือกับผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องใช้ความปลอดภัยขั้นสูง โดยมีด้วยกัน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ Rampton Secure Hospital , Ashworth Hospital และ Broadmoor Hospital เนื่องจากในกลุ่มที่มีความเปราะบางอย่างผู้ป่วยจิตเวชเช่นนี้หากมีการหลุดเข้าสู่เรือนจำอาจนำมาซึ่งปัญหาในระยะยาวได้ ด้วยลักษณะทางสังคมภายในเรือนจำ อาจทำให้กลุ่มที่มีความเปราะบางเกิดกระบวนการเรียนรู้แทนที่จะทำให้เกิดความกลัวหรือรู้สึกเสียประโยชน์ตามแนวคิดของทฤษฎีการลงโทษ เพราะด้วยกระบวนการคิดวิเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพต่ำกว่าในคนปกติ ดังนั้นการตั้งโรงพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยนิติจิตเวชจึงมีความเหมาะสมต่อทั้งการแก้ไขและบำบัดพฤติกรรม ตลอดจนการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมากระทำความผิดซ้ำ

#### การพัฒนากำลังคน

จำนวนเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีอยู่ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยนั้น ก็ยังถือว่าเจ้าหน้าที่มีกำลังที่น้อยกว่าและไม่ทั่วถึง ดังนั้น เพื่อช่วยลดภาระงานบางส่วน

โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยหรือผู้เคยต้องขังที่เคยกระทำความผิดต้องกลับสู่ชุมชน ควรมีการส่งเสริมและพัฒนานองค์ความรู้เฉพาะด้านนี้ให้กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง อาทิ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครคุมประพฤติ ฝ่ายปกครอง เพื่อช่วยกันตรวจสอบและเข้าเยี่ยมดูแลกลุ่มเป้าหมายว่ามีการขาดยาไหม หรือมีอาการเบื้องต้นอย่างไรบ้าง เนื่องจากภาระส่วนนี้ไม่จำเป็นต้องใช้ความรู้ขั้นสูงของวิชาชีพ

ทั้งนี้ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครคุมประพฤติ หรือกระทั่งฝ่ายปกครอง ยังสามารถช่วยกำกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยได้ อาทิ การสั่งห้ามร้านค้าขายเหล้าให้กับผู้ป่วย การออกกวาดล้างปัญหาเสพติดในชุมชน ดังนั้น จะเป็นการลดภาระงานส่วนหนึ่งของวิชาชีพในสายงานสุขภาพลง เพื่อให้กลุ่มนี้ได้รับผิดชอบในงานที่ต้องใช้ทักษะขั้นสูง

## ข้อเสนอแนะ

### 1.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรพิจารณาถึงกรอบอัตราของบุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องกับงานด้านนิติจิตเวช เพื่อลดภาระและเพิ่มศักยภาพการดูแลรักษาให้ครอบคลุมกับจำนวนผู้ป่วย พร้อมทั้งให้มีระบบการฝึกอบรมความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับงานด้านนิติจิตเวช เพื่อให้เกิดความชำนาญงานในบุคลากรวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการกระจายปริมาณและให้เกิดความทั่วถึง พร้อมทั้งพิจารณาจัดตั้งคณะกรรมการในระดับท้องถิ่น เพื่อเป็นศูนย์ประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และเกิดการร่วมกันแบ่งปันข้อมูล โดยให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนิติจิตเวชแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความต่อเนื่องและลดรอยต่อของระบบ ตลอดจนร่วมกันติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างทั่วถึง เพื่อลดรอยต่อในการบริหารและดูแลสุขภาพ พร้อมทั้งให้บุคลากรในพื้นที่ที่มีความเกี่ยวข้องลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์หรือให้ความรู้เพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาความรู้สุขภาพจิตในภาคประชาชนอย่างทั่วถึง

### 1.5 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ควรพิจารณาเผยแพร่สื่อข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับภาคประชาชนอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ต่อตัวผู้ป่วยจิตเวชทั้งที่ก่อคดีและไม่ก่อคดีว่าลักษณะอย่างไร แล้วอาการอย่างจึงสมควรเรียกเจ้าหน้าที่เพื่อนำส่งโรงพยาบาล พร้อมทั้งพิจารณาบรรจุความรู้ด้านสุขภาพจิตเข้าเป็นส่วนหนึ่งของวิชาเรียนในการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ ตั้งแต่เริ่มต้นในภาคประชาชน และพิจารณาถึงความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อกระจายผู้ป่วยไปสู่ระบบที่มีศักยภาพที่รองรับได้

### 1.6 ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะสาเหตุการกระทำทำผิดซ้ำและปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวชผ่านเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความลุ่มลึกและเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงสาเหตุและข้อจำกัดบางอย่างทั้งในตัวผู้ป่วยนิติจิตเวชและรวมไปถึงครอบครัวและชุมชนเอง จึงควรมีการศึกษาโดยการสัมภาษณ์กับผู้ป่วยนิติจิตเวช ครอบครัว และชุมชนโดยตรง ตลอดจนควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงเปรียบเทียบของนโยบายและการบริหารที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขด้านสุขภาพจิต ระบบยุติธรรม และมาตรการการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวชระหว่างประเทศกับประเทศอื่น ๆ ร่วมด้วย



## บรรณานุกรม

- กรมราชทัณฑ์. (2564). สถิติการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องขัง. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.correct.go.th/recstats>.
- กฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑. (2551). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 125 (ตอนที่ 36). หน้า 37-54.
- กฤตพงษ์ พัชรภิญโญพงศ์. (2562). การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของการควบคุมผู้ต้องขังนอกเรือนจำ ด้วยกำไลอิเล็กทรอนิกส์, วารสารนวัตกรรมและการจัดการ, ปีที่ 4, 29-39.
- จุฬารัตน์ เอื้ออำนวย. (2551). สังคมวิทยาอาชญากรรม. บริษัท วีพรีนท์ (1991) จำกัด.
- จตุรพร ลิ้มมันจริง. (2556). จิตวิทยาเด็ก (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- จารุวรรณ อมรศีลสวัสดิ์. (2558). ผู้ป่วยจิตเวชกับปัญหาการดำเนินคดีอาญา. วารสารร่วมพฤษ์ มหาวิทยาลัยเกริก, 33(3), 31-51.
- ชาญคณิต กฤตยา สุริยะมณี. (2554). ทฤษฎีอาชญาวิทยาร่วมสมัยกับการวิจัยทางด้านอาชญาวิทยาในปัจจุบัน. หินหยางการพิมพ์, นนทบุรี.
- ชไมพร ทวีชตรี, รังสรรค์ วรวงศ์ และ ชัยนัฏธร ปทุมมานนท์. (2542). ลักษณะทางสังคมที่นำไปสู่ความรุนแรงและการกระทำความผิดในวัยรุ่นและเยาวชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 7(2), 101-112.
- ชิดชนก โอภาสวัฒนา (บ.ก.). (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. พรอสเพอร์สพลัส จำกัด.
- ชูชัย สมितिไกร. (2564). จิตวิทยาสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐวัฒน์ สุทธิโยธิน. (2557). ทฤษฎีอาชญาวิทยา (หน่วยที่ 6). แนวการศึกษาชุดวิชา กฎหมายอาญาและอาชญาวิทยาขั้นสูง. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สืบค้นจาก [https://www.stou.ac.th/Schools/Slw/upload/41716\\_6.pdf](https://www.stou.ac.th/Schools/Slw/upload/41716_6.pdf)
- ไทยรัฐ. (2558). หนุ่มคลั่งมีดฟันเด็กดับ 5-สาวท้องแก่เจ็บ รวบทันควัน. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thairath.co.th/news/local/528270>.
- นพมาศ อึ้งพระ. (2555). จิตวิทยาสังคม. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นวลศิริ เปาโรหิตย์. (2548). จิตวิทยาสังคม. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- นิศากร อุบลสุวรรณ. (2557). การกระทำผิดซ้ำคดียาเสพติดของผู้ต้องขังหญิงเรือนจำกลาง นครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- เบญจพร ปัญญาียง และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ. (2558). การลดตราบาปของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 23(1). 25-37.
- พนม เกตุมาน. (2550). การส่งเสริมสุขภาพจิตใจ. [https://www.psyclin.co.th/new\\_page\\_82.html/](https://www.psyclin.co.th/new_page_82.html/)
- พรชัย ชันดี. (2558). ทฤษฎีอาชญาวิทยา หลักการ งานวิจัย และนโยบายประยุกต์. ส.เจริญการพิมพ์.
- แพรรภัทร ยอดแก้ว. (2551). งานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมทางจริยธรรมกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ นักศึกษามหาวิทยาลัยสยาม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสยาม.
- พันธ์ุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2549). จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน. <http://www.dmh.moph.go.th/news/view.asp?id=1001>.
- มุกดา สุขสมาน. (2527). มนุษย์: ภาวะทางร่างกายและจิตใจ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มานิดา สิงห์ชฐิต, พิภูล ผาสุกมุล และ เยาวลักษณ์ การกล้า. (2541). การศึกษาภาวะสังคม-จิตใจ ของ ผู้ป่วยจิตเวชคดีที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. สืบค้นจาก
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 4), ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- รมชัย คงสกันธ์. (2551). ตำรานิติจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2562). หมวดหมู่ตามระบบการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช. [http://www.jvkk.go.th:8080/web\\_jvkk\\_th/index.php/viewnew/form/detail\\_id/1978](http://www.jvkk.go.th:8080/web_jvkk_th/index.php/viewnew/form/detail_id/1978).
- เวิร์คพอยท์. (2563). “จิตรลดา” สาวป่วยจิตก่อเหตุฆ่าแท่ง ด.ญ. 5 ขวบ ขณะนอนหลับ เสียชีวิต. <https://workpointtoday.com/chitralada/>.
- เสกสัน เครือคำ. (2558). อาชญากรรม อาชญาวิทยา และงานยุติธรรมทางอาญา. เพชรเกษมการพิมพ์.
- สุพรรณณี แสงรักษา. (2548). ความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนันทา ศรีศิริ. (2565). จิตวิทยาทางสุขภาพ. โรงพิมพ์ บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด.
- อัศกร ไชยพงษ์, วชิรวิษณุ อิทธิธนาศุภวิษณุ และนิรมล ยินดี. (2561). แนวทางการแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขัง ในเรือนจำคดีความมั่นคงจังหวัดชายแดนใต้. วารสารกระบวนการยุติธรรม, 11(2), 83-95.
- อัจฉริยา ชูตินันท์. (2561). อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด.
- อุบลรัตน์ เฟื่องสถิตย์. (2535). ความจำนุษย์. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อีจันท์. (2563). ย้อนคดีดัง จิตรลดา มือมีดคลั่ง ไล่แทงเด็ก. <https://www.ejan.co/popular-news/5e81a8c4b09e7>.
- Baron, R. A., & Richardson, D. R. (1994). Human Aggression. Plenum Press.

- Oueslati, B., Fekih-Romdhanea, F., Mrabet, A., & Ridha, R. (2018). Correlates of Offense Recidivism in Patients with Schizophrenia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 58(3). 178-183.
- Bluglass, R. (1990). *Principles and practice of forensic psychiatry*. London group.
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, & Grann M. (2009). Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med*, 6(8).
- Henrik, A. (2009). Mental disorder is a cause of crime: The cornerstone of forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*. 32(2009). 342-347.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency*. University of California Press.
- Douglas, K. S., Webster, C. D., Hart, S. D., & Belfrage H. (2013). *HCR-20 V3 Assessing risk for violence Mental Health*. Simon Fraser University Press.
- Lindesmith A.R. & Warren Dunham H. (1941). Some Principles of Criminal Typology. *Social Forces*. 19(3). 307-314
- McCord, J. (1991). Family Relationships, Juvenile Delinquency, and Adult Criminality. *Criminology*, 29(3). 397-417.
- Markiewicz, I. (2020). Psychological factors of aggressive behaviour in patients of forensic psychiatry wards with the diagnosis of schizophrenia. *International Journal of Law and Psychiatry*. 72(2020). 1-9.
- Malizia, N. (2017). *Serial Killer: The Mechanism from Imagination to the Murder Phases*. Scientific Research Publishing. (7). 44-59.
- Matthew, W. J. (2010). Delay discounting in current and former marijuana-dependent individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18(2010). 99-107
- Reid, S. T. (1985). *Crime and Criminology* (8 edition). McGraw-Hill Higher Education Group Inc.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. World Health Organization.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



## รูปแบบคำถามปลายเปิดสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรสาธารณสุข

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2565 สถานที่ .....

### ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนตัว

1.1 อายุ.....ปี

1.2 อาชีพ.....

1.3 ระยะเวลางาน จำนวน.....ปี

### ส่วนที่ 2. ข้อคำถาม

#### 1. กระบวนการในการรักษาและมาตรการในการป้องกัน

1.1 การรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชตั้งแต่เกิดการกระทำความผิดจนเข้าสู่การรักษาและปล่อยตัวกลับบ้านนั้น มีกระบวนการและดำเนินการอย่างไร

.....

1.2 การดำเนินงานด้านนิติจิตเวชในปัจจุบัน มีมาตรการหรือโปรแกรมเพื่อเฝ้าระวังหรือป้องกันการกระทำผิดซ้ำ จากผู้ป่วยนิติจิตเวชอย่างไรบ้าง

.....

#### 2. การติดตามและสาเหตุการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช

2.1 ชุมชนมีปฏิกิริยาหรือการตอบสนองกับผู้ป่วยนิติจิตเวชต่อการกลับสู่ชุมชนอย่างไรบ้าง

.....

2.2 อะไรคือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชบางรายที่เคยเข้ารับการรักษาและถูกปล่อยตัวกลับสู่ชุมชนกลับมากระทำผิดซ้ำ

.....

2.3 สัญญาณเตือนถึงความเสี่ยงว่าผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มจะแสดงความก้าวร้าวนั้นมีลักษณะอย่างไร

.....

### 3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

3.1 ความเห็นของท่าน อะไรคือปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช

.....

3.2 อะไรที่ท่านอยากเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาต่อไปเพื่อประสิทธิภาพในการป้องกัน การกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวช

.....



## รูปแบบคำถามปลายเปิดสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2565 สถานที่ .....

### ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนตัว

1.1 อายุ.....ปี

1.2 อาชีพ.....

1.3 ระยะเวลางาน จำนวน.....ปี

### ส่วนที่ 2. กระบวนการในการดูแลและรักษาภายในเรือนจำ

1.1 ในปัจจุบัน ทางเรือนจำมีกระบวนการในการควบคุม ดูแล และรักษาผู้ต้องขังที่ก่อคดีมาด้วยสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตเวช อย่างไรบ้าง

.....

1.2 เมื่อมีการปล่อยตัวผู้ต้องขังที่ก่อคดีมาด้วยสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตเวช ทางเรือนจำมีการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยและหลังปล่อยอย่างไร

.....


1.3 หลังปล่อยตัวผู้ต้องขังที่ก่อคดีมาด้วยสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตเวช ทางเรือนจำมีการติดตามหรือคุมประพฤติหรือไม่อย่างไร และหากมีการติดตามและคุมประพฤตินั้น ได้มีกระบวนการดำเนินการอย่างไรบ้าง

.....

### ส่วนที่ 3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

3.1 อะไรที่ท่านอยากเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาต่อไปเพื่อประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและป้องกันเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยก่อคดีกลับเข้าสู่เรือนจำอีกครั้ง

.....

	<b>คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช</b> <b>สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต</b>	AL 03.1
	<b>หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย</b>	เริ่มใช้ กรกฎาคม 2561

เลขที่หนังสือรับรอง	เลขที่.....4/2565.....
ชื่อโครงการ	: การพัฒนาแนวทางการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช
รหัสโครงการวิจัย	: E3/65
ผู้วิจัยหลัก	: นายกฤตภาส ไทยวงษ์
สังกัดหน่วยงาน	: คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	: -
ประเภทการทบทวน	: คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยแบบเร็ว (Expedited review)
เอกสารที่รับรอง	


1. แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	ฉบับวันที่ 25 สิงหาคม 2565
2. แบบฟอร์มเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนและทุนวิจัย	ฉบับวันที่ 25 สิงหาคม 2565
3. แบบฟอร์มการประเมินโดยผู้วิจัย	ฉบับวันที่ 25 สิงหาคม 2565
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับวันที่ 25 สิงหาคม 2565
5. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย	ฉบับวันที่ 25 สิงหาคม 2565
6. โครงการวิจัย	ฉบับวันที่ 25 สิงหาคม 2565
7. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ฉบับวันที่ 25 สิงหาคม 2565
8. ประวัติผู้วิจัย	ฉบับวันที่ 1 มิถุนายน 2565
วันที่รับรอง 23 กันยายน 2565	วันที่หมดอายุการรับรอง 23 กันยายน 2566

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CLOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม.....จันทร์ภา เมฆวิสัย.....  
 (นางสาวจันทร์ภา เมฆวิสัย)  
 กรรมการและเลขานุการ  
 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....[Signature].....  
 (นางสาวกมลชนก มนต์เสวี)  
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

 <p>กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์</p>	<p>คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต</p>	AL 03.1
	<p>หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย</p>	<p>เริ่มใช้ กรกฎาคม 2561</p>

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัดและหลักการจริยธรรมในการวิจัยตามที่กำหนดไว้ในรายงานของเบลมอนท์
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทันทีภายใน 24 ชั่วโมง
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน ก่อนหมดอายุการรับรอง

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	กฤตภาส ไทยวงษ์
วัน เดือน ปี เกิด	8 เมษายน 2537
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยา)
ที่อยู่ปัจจุบัน	6 ซอยแม่เนี่ยว 3 ถนนประชาสงเคราะห์ แขวงรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY